**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA**

**świadczeniodawcy do realizacji programu pilotażowego „Recepta na Ruch”**

…………………………

(miejscowość, data)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** | | | |
| Nazwa |  | | |
| Adres siedziby |  | | |
| Kod terytorialny i nazwa |  | | |
| REGON |  | NIP |  |
| Forma organizacyjno- prawna (cześć IV KR) |  | | |
| Osoba/y uprawniona do reprezentowania |  | Telefon |  |
| Nazwa OW NFZ wnioskodawcy |  | | |

Deklaruję:

* chęć realizacji programu pilotażowego „Recepta na ruch”, o którym mowa w projekcie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch”.
* zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego „Recepta na Ruch” z Narodowym Funduszem Zdrowia.
* możliwość objęcia programem pilotażowym „Recepta na Ruch” …. *(do uzupełnienia przez świadczeniodawcę)* świadczeniobiorców.

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią:

* projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch”;
* załącznikiem nr 1 do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch”.

Potwierdzam, że:

* w dniu zgłoszenia spełniam warunki organizacji i realizacji programu pilotażowego określone w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
* jestem świadomy maksymalnej liczby świadczeniobiorców od 25. roku życia do objęcia programem pilotażowym w poszczególnych województwach;
* jestem świadomy, że o wyborze świadczeniodawców decyduje kolejność zgłoszenia.

....................................................................................................

(oznaczenie, podpis osoby uprawnionej

do reprezentowania świadczeniodawcy)