………………………………………………….. ………………………................ KOD ŚWIADCZENIODAWCY MIEJSCOWOŚĆ, DATA

…………………………………………………………

NUMER UMOWY

………………………………………………………….

ZAKRES

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY**

**NA PLANOWANĄ PRZERWĘ W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ**

Zgodnie z § 9 ust. 2 Ogólnych warunków umów stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1146) informuję o przerwie w udzielaniu świadczeń w dniach od ………… do …………… w zakresie …………………………………………………… , w miejscu udzielania świadczeń ………………………………………………………………………………………………….. z powodu …………..…………………………………….……………………………………...

Czynności podjęte w kwestii poinformowania pacjentów o przerwie w udzielaniu świadczeń, najbliższych miejscach realizujących świadczenia w danym zakresie oraz terminie wznowienia działalności:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

 ……………………………………………

 podpis i pieczęć Świadczeniodawcy