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

…………………………………………………………

NUMER UMOWY

………………………………………………………….

ZAKRES

**ZGŁOSZENIE NIEPLANOWANEJ / NAGŁEJ PRZERWY
W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ**

Zgodnie z § 9 ust. 5 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 celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń:

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

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