

Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 90/2025/DSM
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 7 listopada 2025 r.

Oświadczenie Świadczeniodawcy

Jako oferent wybrany w wyniku postępowania nr..... dotyczącego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na terenie rejonu operacyjnego nr, zobowiązuję się przez cały okres obowiązywania umowy do:

- posiadania łączności radiowej zapewniającej komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytornią medyczną, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego, w tym z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego,
- posiadania łączności komórkowej zapewniającej komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytorniami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego,
- posiadania sieci Internet w miejscach stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego,
- spełniania wymagań niezbędnych do zapewnienia wyposażenia do obsługi Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM) w miejscu stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego oraz w specjalistycznym środku transportu sanitarnego wykorzystywanym przez zespół ratownictwa medycznego, określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 24 g ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

.....

(miejscowość, data)

.....

(Świadczeniodawca/Świadczeniodawca-Reprezentant *)

*Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy/ świadczeniodawcy-reprezentanta - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem