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

…………………………………………………………

NUMER UMOWY

………………………………………………………….

ZAKRES

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY**

**NA PLANOWANĄ PRZERWĘ W UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ**

Zgodnie z § 9 ust. 2 załącznika do *Rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.2015, poz.1400 z późn. zm.)* 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