Załącznik nr 3

*WZÓR*

**OŚWIADCZENIE**

1. **DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIODAWCY POZ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa |  | | |
| Adres siedziby |  | | |
| REGON |  | NIP |  |

1. **DANE ŚWIADCZENIOBIORCY**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| Adres zamieszkania |  |
| PESEL |  |

1. **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że aktywowałem/aktywowałam\*) Internetowe Konto Pacjenta:\*\*)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. w związku z potwierdzeniem profilu zaufanego przez świadczeniodawcę POZ, zgodnie z art. 20c ust. 2a ustawy z dnia 17 lutego 2005  o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2019 r. poz.700, 730, 848 i 1590); |
|  | 1. w sposób inny, niż określony w pkt 1, w wyniku prowadzonej przez świadczeniodawcę POZ kampanii informacyjnej mającej na celu zakładanie profili zaufanych w inny dostępny sposób. |

\*) niepotrzebne skreślić

\*\*) zaznaczyć właściwe

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… | ……………………………………. |
| Miejscowość i data | Podpis świadczeniobiorcy |