

Miejsce, data

Nazwa firmy

Wpisz nazwę swojej firmy

Wpisz nr pierwotny umowy z NFZ

WPISUJESZ SWÓJ FUNDUSZ

Np.:

Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Chałubińskiego 8
00-613 Warszawa

dot. umowy **WPISZ NUMER SWOJEJ UMOWY** w rodzaju REHABILITACJA LECZNICZA

Informujemy, że w celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19 zastosowano się do zaleceń dla świadczeniodawców, dotyczących zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 i wstrzymano przyjęcia pacjentów planowych.

Zgodnie z § 9 ust. 5 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku braku możliwości udzielania świadczeń, którego nie można było wcześniej przewidzieć, informujemy o wstrzymaniu przyjęć planowych w ramach w/w umowy od dnia2020 do dnia2020 roku – (REKOMENDACJA WPISYWANIE PRZEDZIAŁÓW TYGODNIOWYCH).

O wszelkich zmianach będę informował na bieżąco, a przedłużeniu sytuacji ograniczenia przyjmowania pacjentów będę raportował raz na tydzień.

PODPIS KIEROWNIKA PODMIOTU

pieczętka firmy z danymi rejestrowymi i kodem umowy