Załącznik nr 6

 ………………., dnia ……………….2020 r.

 Miejscowość

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/a oświadczam, iż wszystkie dane zawarte w przekazywanym do Centralnego Ośrodka Koordynującego Protokole kontroli jakości świadczeniodawców etapu: podstawowego/ etapu diagnostycznego/ etapu pogłębionej diagnostyki\*

są prawdziwe i odzwierciedlają stan faktyczny.

………………………..

 Imię i nazwisko (czytelnie)

\* zaznaczyć właściwe