**Załącznik nr 1 do umowy:**

**ZOZ/NKP/Nr …..…..…./ A /2018**

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że faktura, którą będę wystawiał/ła na rzecz ZOZ-u za udzielone świadczenia zdrowotne będzie posiadała następujące dane dotyczące mojej osoby jako sprzedawcy usług, które to dane są zgodne ze zgłoszeniem mojej działalności do Identyfikacji Podatkowej NIP :**

**1) imię i nazwisko** .....................................................................................................................

**2) nazwa prowadzonej działalności** ........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

(wpisać wówczas gdy w zgłoszeniu do Identyfikacji Podatkowej NIP podano nazwę prowadzonej działalności gospodarczej),

**3) adres prowadzonej działalności gospodarczej** ........................................................................................................................................

(należy wpisać adres, który został podany w zgłoszeniu do Identyfikacji Podatkowej NIP),

**4) NR NIP** :................................................................................................

**.............................................................**

***czytelny podpis***

***składającego oświadczen*ie**