

Załącznik nr 2

*Pełna nazwa świadczeniodawcy
wraz z adresem*

Data.....

Centralny Ośrodek Koordynujący
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie
Państwowy Instytut Badawczy
02-781 Warszawa
ul. Roentgena 5

Oświadczenie II

Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Zasadami audytu klinicznego zdjęć mammograficznych na 2024 r. Przesłanie zdjęć mammograficznych na audyt jest równoznaczne z zaakceptowaniem przez reprezentowany przeze mnie podmiot procedur audytu klinicznego obowiązujących w 2024 r.

Dyrektor

Pieczątka i podpis

Prosimy o odesłanie podpisanego egzemplarza do COK.