**Załącznik nr 2**

*Pełna nazwa świadczeniodawcy Data……………………*

*wraz z adresem*

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 2025 r. Przesłanie zdjęć mammograficznych na audyt jest równoznaczne z zaakceptowaniem przez reprezentowany przeze mnie podmiot procedur audytu klinicznego obowiązujących w 2025 r.

Dyrektor

*Pieczątka i podpis*

Prosimy o odesłanie podpisanego egzemplarza do COK.