**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.