**PROHLÁŠENÍ ŽADATELE**

Já, níže podepsaný/á, zastupující ……*název poskytovatele zdravotních služeb......, ……adresa*……, ……*IČO*…… tímto prohlašuji, že souhlasím se zpracováním žádosti o ………*název přístrojového vybavení, o které je žádáno*……………. a všech souvisejících podkladů předložených Komisi pro posuzování rozmístění přístrojových zdravotnických prostředků a kapacit hrazených z veřejného zdravotního pojištění (dále jen „komise“) v souladu se Statutem a Jednacím řádem této komise.

V ………... dne ………………

­­­­­­­­­­Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Jméno statutárního orgánu*

*Funkce* *statutárního orgánu*