Warszawa dnia…………………………

 Pan/i

ZOBOWIĄZANIE

Zobowiązuję się od dnia rozpoczęcia pracy w SZPZLO Warszawa Bemowo-Włochy do bezwzględnego przestrzegania Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych obowiązujących w czasie ordynowania produktu a także do bezwzględnego przestrzegania oznaczenia poziomu refundacji leku innego niż 100% wyłącznie do pacjentów spełniających wszystkie kryteria wyrażone we wskazaniach refundacyjnych określonych dla danego leku/produktu.

…………………………………………

podpis