**INTÉZMÉNY STÁTUSZÁRA ÉS MŰKÖDÉSÉRE VONATKOZÓ NYILATKOZAT**

Alulírott, ………………………. (képviseletre jogosult neve), a ………………………………………….. (székhely: …………………………………………………………………….., adószám: ……………………) képviselőjeként nyilatkozom, hogy az általam képviselt intézmény közfinanszírozott egészségügyi szolgáltató, amely közfinanszírozott ellátás keretében gyermekdiabétesz ellátást nyújt és erre vonatkozóan működési engedéllyel, valamint finanszírozási szerződéssel rendelkezik, továbbá szerepel a Magyar Diabetes Társaság elektronikus nyilvántartásában.

Kelt: ………………., 2020. …………… ……

 **………………………………..**

(képviselő)

 PH.