

(WZÓR)

POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU/UZUPEŁNIENIA WNIOSKU/WYCOFANIA WNIOSKU*

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
.....Oddział Wojewódzki NFZ w	
WNIOSEK	
..... (nazwa rodzaju świadczeń będącego przedmiotem postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)	
..... (numer postępowania zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)	
..... (pełna nazwa wnioskodawcy zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny wnioskodawcy)	
..... (adres siedziby wnioskodawcy zgodny z właściwym rejestrem)	
..... (data złożenia wniosku: dd.mm.rrrr) (numer z rejestru wniosków)
..... (Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia wniosku: pieczęć, podpis, data)	

* niepotrzebne skreślić