

(WZÓR)

OZNACZENIE WNIOSKU / UZUPEŁNIENIE WNIOSKU / WYCOFANIE WNIOSKU*

<p>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA</p> <p>.....Oddział Wojewódzki NFZ w</p> <p>Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne</p> <p>..... (nazwa zakresu świadczeń)</p>
<p>..... (numer postępowania zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)</p>
<p>(pełna nazwa wnioskodawcy zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny wnioskodawcy)</p>
<p>(adres siedziby wnioskodawcy zgodny z właściwym rejestrem)</p>
<p>Data, pieczęć i podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do jej reprezentowania</p>
<p>Wydruk formularza rejestracyjnego z kodem paskowym (należy przykleić)</p>

* niepotrzebne skreślić