

(-wzór-)

POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA* / UZUPEŁNIENIA* / WYCOFANIA* WNIOSKU

<p>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA</p> <p>.....Oddział Wojewódzki NFZ w</p> <p>WNIOSEK</p> <p>o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej</p> <p>na rok</p>	
<p>.....</p> <p>(świadczenia będące przedmiotem wniosku)</p>	
<p>.....</p> <p>(kod postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)</p>	
<p>(pełna nazwa wnioskującego - zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny wnioskującego)</p>	
<p>(adres siedziby wnioskującego - zgodny z właściwym rejestrem)</p>	
<p>(data złożenia wniosku: dd.mm.rrrr)</p>	<p>(numer z rejestru wniosków)**</p>
<p>(Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia wniosku: pieczęć, podpis, data)</p>	

* niepotrzebne skreślić

** o ile występuje