

Oddział Wojewódzki NFZ

RAPORT Z REALIZACJA ZADANIA OKREŚLONEGO W § 12 ust. 2 pkt 1 i 4 ROZPORZĄDZENIA

Okres sprawozdawczy (miesiąc i rok)	Data złożenia raportu

I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO

Nazwa			
Adres siedziby		Telefon kontaktowy	
Kod terytorialny		nazwa kodu teryt.	
REGON		NIP	
Umowa nr			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania			

INFORMACJA O ZADANIACH ZREALIZOWANYCH W RAMACH PZK

Oznaczenie zadania	liczba zadań
zadanie określone w § 12 ust. 2 pkt 1	
zadanie określone w § 12 ust. 2 pkt 4	