Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 49/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 8 maja 2024 r.

**Wniosek w sprawie rachunku bankowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość …………………………………………………. Data ………………………………….. | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Kod Oddziału Wojewódzkiego | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Dane Świadczeniodawcy | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *(źródło – Portal Świadczeniodawcy)* | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie: | | | | | | | | | | | |
| numer |  | | | | | | | | | | |
| w rodzaju |  | | | | | | | | | | |
| w zakresie |  | | | | | | | | | | |
| na okres |  | | | | | | | | | | |
| Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy |  | | | | | | | | | | |
| Dane posiadacza rachunku bankowego: |  | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie. | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | | Świadczeniodawca\* | | | | | | …………………………………………………………….………… | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem | | | | | | | | | | | |