

SPRZEDAWCA:
(NAZWA, ADRES I NIP WYSTAWCY F.V.)

NABYWCA:
Narodowy Fundusz Zdrowia ul. Grójecka 186
02-390 Warszawa
NIP 1070001057
ODBIORCA I PŁATNIK
Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego
Funduszu Zdrowia
ul. Podwale Staromiejskie 69 80-844 Gdańsk

FAKTURA VAT

nr
oryginał/kopia

data wystawienia
data sprzedaży
termin płatności

Lp.	Nazwa towaru/usługi	PKW i U	Ilość	cena jedn. (zł)	Wartość netto (zł)	stawka podatku	Wartość podatku vat (zł)	wartość wraz z podatkiem (zł)
świadczenia medyczne z zakresu (POZ, AOS, STM, SZP itp.) wykonane w miesiącu zgodnie ze specyfikacją:								
1	PUNKT ROZLICZENIOWY W ŚWIADCZENIACH PODSTAWOWYCH DLA DZIECI I MŁODZIEŻY DO 18 ROKU ŻYCIA	85			0	zw.	0	0
2	PUNKT ROZLICZENIOWY W ŚWIADCZENIACH PODSTAWOWYCH DLA DOROSŁYCH Z PROTETYKĄ	85			0	zw.	0	0
3	PUNKT ROZLICZENIOWY W ŚWIADCZENIACH SPECJALISTYCZNYCH W CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ	85			0	zw.	0	0
4	PUNKT ROZLICZENIOWY W ŚWIADCZENIACH SPECJALISTYCZNYCH W CHIRURGII SZCZĘKOWEJ	85			0	zw.	0	0
5	PUNKT ROZLICZENIOWY W ŚWIADCZENIACH W STOMATOLOGICZNYM LECZENIU OSÓB UPOŚLEDZONYCH UMYŚŁOWO W STOPNI	85			0	zw.	0	0
razem					0		0	0

wartość słownie:

SPRZEDAWCA:

(NAZWA, ADRES I NIP WYSTAWCY F.V.)

NABYWCA:
Narodowy Fundusz Zdrowia ul. Grójecka 186
02-390 Warszawa
NIP 1070001057
ODBIORCA i PŁATNIK
Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego
Funduszu Zdrowia
ul. Podwale Staromiejskie 69 80-844 Gdańsk

FAKTURA VAT

nr
oryginał / kopia

data wystawienia
data sprzedaży
termin płatności

Lp.	Nazwa towaru/usługi	PKW i U	Ilość	cena jedn. (zł)	Wartość netto (zł)	stawka podatku	Wartość podatku vat (zł)	wartość wraz z podatkiem (zł)
świadczenia medyczne z zakresu (POZ, AOS, STM, SZP itp.) wykonane w miesiącu zgodnie ze specyfikacją:								
1	07.0000.110.02	85			0	zw.	0	0
2	07.0000.111.02	85			0	zw.	0	0
3	07.0000.210.02	85			0	zw.	0	0
4	07.0000.211.02	85			0	zw.	0	0
5	07.0000.310.02	85			0	zw.	0	0
razem					0		0	0

wartość słownie:

Faktura Vat zawiera jedynie dane wymagane w Rozp. MF z dnia 25 V 2005r /minimalny wymagany zakres danych/

SPRZEDAWCA:
(NAZWA, ADRES I NIP WYSTAWCY)

NABYWCA:
Narodowy Fundusz Zdrowia ul. Grójecka 186
02-390 Warszawa
NIP 1070001057
ODBIORCA i PŁATNIK
Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego
Funduszu Zdrowia
ul. Podwale Staromiejskie 69

RACHUNEK

nr
oryginał / kopia

data wystawienia

Lp.	Nazwa towaru/usługi	Ilość	cena jednostkowa (zł)	Wartość (zł)
	świadczenia medyczne z zakresu (POZ, AOS, STM, SZP itp.) wykonane w miesiącu zgodnie ze specyfikacją:			
1	PUNKT ROZLICZENIOWY W ŚWIADCZENIACH PODSTAWOWYCH DLA DZIECI I MŁODZIEŻY DO 18 ROKU ŻYCIA			0
2	PUNKT ROZLICZENIOWY W ŚWIADCZENIACH PODSTAWOWYCH DLA DOROSŁYCH Z PROTETYKĄ			0
3	PUNKT ROZLICZENIOWY W ŚWIADCZENIACH SPECJALISTYCZNYCH W CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ			0
4	PUNKT ROZLICZENIOWY W ŚWIADCZENIACH SPECJALISTYCZNYCH W CHIRURGII SZCZĘKOWEJ			0
5	PUNKT ROZLICZENIOWY W ŚWIADCZENIACH W STOMATOLOGICZNYM LECZENIU OSÓB UPOŚLEDZONYCH UMYSŁOWO W STOPNI			0
razem				0

wartość słownie:

czytelny podpis wystawcy oraz odcisk pieczęci wystawcy

SPRZEDAWCA:
(NAZWA, ADRES I NIP WYSTAWCY)

NABYWCA:
Narodowy Fundusz Zdrowia ul. Grójecka 186
02-390 Warszawa
NIP 1070001057
ODBIORCA I PŁATNIK
Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego
Funduszu Zdrowia
ul. Podwale Staromiejskie 69

RACHUNEK

nr
oryginał / kopia

data wystawienia

Lp.	Nazwa towaru/usługi	Ilość	cena jednostkowa (zł)	Wartość netto (zł)
	świadczenia medyczne z zakresu (POZ, AOS, STM, SZP itp.) wykonane w miesiącu zgodnie ze specyfikacją:			
1	07.0000.110.02			0
2	07.0000.111.02			0
3	07.0000.210.02			0
4	07.0000.211.02			0
5	07.0000.310.02			0
razem				0

wartość słownie:

*czytelny podpis wystawcy oraz
odcisk pieczęci wystawcy*

Rachunek zawiera jedynie dane wymagane Rozp. MF z dnia 22 VIII 2005r /minimalny wymagany zakres danych/