Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 26/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 4 marca 2022 r.

**POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA/ UZUPEŁNIENIA/WYCOFANIA WNIOSKU\***

|  |  |
| --- | --- |
| **NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA**  ........................................ **Oddział Wojewódzki NFZ w** .......................................  **WNIOSEK**  (nazwa zakresu rzeczowego będącego przedmiotem postępowania) | |
| (numer postępowania zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu) | |
| (pełna nazwa wnioskodawcy zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny wnioskodawcy) | |
| (adres siedziby wnioskodawcy zgodny z właściwym rejestrem) | |
| (data złożenia/ uzupełnienia wniosku: dd.mm.rrrr) | (numer z rejestru wniosków) |
| (Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia\*/ uzupełnienia\*/wycofania\* wniosku: pieczęć, podpis, data) | |

\* niepotrzebne skreślić