Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 173/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 23 grudnia 2022 r.

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **rodzaj  świadczeń:………………………………………………….** | | | |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY** |  | | |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy** | | | |
| Nazwa |  | | |
| Adres siedziby |  | | |
| Kod terytorialny i nazwa |  | | |
| REGON |  | NIP |  |
| Forma organizacyjno-prawna (cześć IV KR) |  | | |
| Osoba/y uprawniona do reprezentowania |  | Telefon |  |
| **Dane rejestrowe podwykonawcy** | | | |
| Rodzaj rejestru |  | Nr wpisu do rejestru |  |
| Organ rejestrujący |  | Data wpisu |  |
| Data ostatniej aktualizacji |  |
| **Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa** | | | |
| Umowa/promesa |  | | |
| Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa |  | Pozycja/e umowy |  |
| Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa |  | Przedmiot świadczeń podwykonywanych |  |
| Opis przedmiotu podwykonawstwa |  | | |
|  |  |  |  |
| data sporządzenia |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Fundusz\* |  | Świadczeniodawca\*\* |  |
| \* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem | | | |
| \*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem | | | |