

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

<p>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA</p> <p>.....Oddział Wojewódzki NFZ w .....</p> <p><b>WNIOSEK</b></p> <p><b>o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń</b></p> <p><b>w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna</b></p> <p>na okres .....</p> <p>.....</p> <p>(świadczenia będące przedmiotem wniosku)</p>	
<p>.....</p> <p>(kod postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o naborze wniosków)</p>	
<p>(pełna nazwa wnioskującego - zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny wnioskującego)</p>	
<p>(adres siedziby wnioskującego - zgodny z właściwym rejestrem)</p>	
<p>(data złożenia wniosku: dd.mm.rrrr)</p>	<p>(numer z rejestru wniosków)**</p>
<p>(Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia wniosku: pieczęć, podpis, data)</p>	

\* *niepotrzebne skreślić*

\*\* *o ile występuje*