



Warszawa, dn. r.

WYSTAWCA:

ODBIORCA:

OW NFZ

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA
UL. GRÓJECKA 186
02-390 WARSZAWA
POLSKA

Wniosek nr:
Sporządzony za okres:

WNIOSEK O PRZEKAZANIE TRANSZY DOFINASOWANIA

Dofinansowanie na realizację projektu pn.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ+” na podstawie umowy nr..... z dnia w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego nr: POWR.05.02.00-00-0039/17-00 w okresie od dnia..... do dnia..... :

1.	- grant technologiczny	
2.	- grant koordynacyjny	
3.	- grant na finansowanie udzielania profilaktycznych świadczeń bilansowych	
RAZEM:		0,00

Słownie:

Płatności należy dokonać na rachunek bankowy

Nazwa Banku:

Numer konta:

.....
 czytelny podpis i pieczęć osoby upoważnionej