

POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA* / UZUPEŁNIENIA* / WYCOFANIA* WNIOSKU

<p>NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA</p> <p>.....Oddział Wojewódzki NFZ w</p> <p>WNIOSEK</p> <p>o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń</p> <p>w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna</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: data i oznaczenie OW NFZ)</p>	

* *niepotrzebne skreślić*

** *o ile występuje*