Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 38/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 marca 2024 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Miejscowość ……………………………….  Data ….. |
|  | Kod Oddziału Wojewódzkiego |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Dane Świadczeniodawcy |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | *(źródło – Portal Świadczeniodawcy)* | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | **Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego** | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie: | | | | | | | | | | |
|  |
|  | numer |  | | | | | | | | | |
|  | w rodzaju |  | | | | | | | | | |
|  | w zakresie |  | | | | | | | | | |
|  | na okres |  | | | | | | | | | |
|  | Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy |  | | | | | | | | | |
|  | Dane posiadacza rachunku bankowego: |  | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie. | | | | | | | | | | |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Świadczeniodawca\* | | | | | | …………………………………………………………….………… | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem | | | | | | | | | | |  |