Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 41/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 marca 2024 r.

**Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | Załącznik Nr 4 do umowy |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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 | | | | | | | | | | |