Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 77/2024/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 sierpnia 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