

## WZÓR

załącznik nr 4

Dostawca:	Narodowy Fundusz Zdrowia ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa NIP 1070001057	Nabywca:	<b>Narodowy Fundusz Zdrowia ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa</b>	
Wystawca:	..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ul. ....	Odbiorca i płatnik:	<b>Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa</b>	
Prosimy o zgodne z nami zaksięgowanie następujących pozycji:		NOTA nr .....	z dnia: .....	

Obciążyliśmy:	Treść:	Uznaliśmy:
zł i gr.		zł i gr.
	<b>Dofinansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w miesiącu ..... 2020 r.</b>	
<b>Słownie:</b>		
Płatności należy dokonać w ciągu 21 dni od dnia otrzymania noty na konto .....		

tel. osoby sporządzającej
załączników :

Sporządził

Naczelnik Wydziału Informatyki

Główny księgowy

Dyrektor OW NFZ

.....

.....

.....

.....