

Nazwa świadczeniodawcy			
NIP świadczeniodawcy			
Czy podmiot ma możliwość odliczenia VAT (TAK/NIE)*			

							w złotych							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Lp.	Faktura						Data: odbioru urządzenia informatycznego lub oprogramowania lub realizacji usługi przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej **	Wartość kwalifikująca się do dofinansowania	Wnioskowana kwota dofinansowania	Producent oprogramowania	Nazwa oprogramowania	Nazwa urządzenia informatycznego	Nazwa usługi przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej	Uwagi
	Numer	Data wystawienia (rrrr-mm-dd)	Termin płatności (rrrr-mm-dd)	Wartość netto	Wartość brutto	Data zapłaty faktury (rrrr-mm-dd)								
1														
2														
3														
Razem:														

* należy wpisać TAK w przypadku możliwości odliczenia VAT, NIE w przypadku braku możliwości odliczenia VAT
** Jeden wiersz może dotyczyć tylko jednej pozycji zakupowej FV zadeklarowanej do dofinansowania, w przypadku kilku pozycji zakupowych FV należy uzupełnić każdy wiersz osobno dla każdej pozycji zakupowej FV

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....
Podpis
osoby upoważnionej
do reprezentowania świadczeniodawcy