

(-wzór-)

POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU/UZUPEŁNIENIA WNIOSKU/WYCOFANIA WNIOSKU*

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
.....Oddział Wojewódzki NFZ w	
WNIOSEK	
.....	
(nazwa rodzaju świadczeń będącego przedmiotem postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)	
.....	
(numer postępowania zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)	
.....	
(pełna nazwa oferenta zgodna z właściwym rejestrem)	
.....	
(adres siedziby oferenta zgodny z właściwym rejestrem)	
.....
(data złożenia wniosku: dd.mm.rrrr)	(numer z rejestru wniosków)
.....	
(Oddział NFZ - potwierdzenie złożenia wniosku: pieczęć, podpis, data)	

* niepotrzebne skreślić