

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

1	2	3	4	5	6	7	8	w złotych		11	12	13	14	15	16
Lp.	Faktura							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	Nazwa usługi umożliwiającej udzielenie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności	Uwagi
	Numer	Data wystawienia (rr-mm-dd)	Termin płatności (rr-mm-dd)	Wartość netto	Wartość brutto	Data zapłaty faktury (rr-mm-dd)	Data: odbioru urządzenia informatycznego lub oprogramowania lub realizacji usługi przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej lub realizacji usługi umożliwiającej udzielenie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności**								
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