

Nazwa podmiotu
REGON podmiotu

Informacja dotycząca liczby pokoi, w których zorganizowane zostało izolatorium*

Lp	Nazwa obiektu, w którym zorganizowane zostało izolatorium	Adres obiektu, w którym zorganizowane zostało izolatorium	Liczba pokoi			Okres, na który została zawarta umowa**	
			jednoosobowych	dwuosobowych	wiecej niż dwuosobowych	Data od (RR-MM-DD)	Data do (RR-MM-DD)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
3.							
4.							
...							

* należy przekazać do OW NFZ w dniu następującym po rozpoczęciu działalności przez izolatorium lub w dniu następującym po każdej zmianie stanu faktycznego

** dotyczy podmiotów, które zorganizowały izolatorium w obiektach podmiotu trzeciego.

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....
Podpis***
osoby upoważnionej
do reprezentowania
podmiotu

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

¹³⁾ Dodany przez § 1 pkt 4 zarządzenia Nr 49/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 marca 2020 r., które weszło w życie z dniem 31 marca 2020 r.