

**POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU**

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