

załącznik nr 9 do zarządzenia nr 58/2009/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

(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 wnioskodawcy zgodna z właściwym rejestrem)	
 (adres siedziby wnioskodawcy zgodny z właściwym rejestrem)	
(data złożenia wniosku: dd.mm.rrrr)	(numer z rejestru wniosków)
 (Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia wniosku: pieczęć, podpis, data)	

* niepotrzebne skreślić