

**POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU/UZUPEŁNIENIA WNIOSKU/WYCOFANIA WNIOSKU\***

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
.....Oddział Wojewódzki NFZ w .....	
<b>WNIOSEK</b>	
..... (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, identyfikator techniczny wnioskodawcy)	
   (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