|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  | *numer (kod) świadczeniodawcy* |
|  |  |
| *pieczęć świadczeniodawcy* |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Małopolski Oddział Wojewódzki**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**z siedzibą w Krakowie**

**ul. Józefa 21**

**31-056 Kraków**

**WNIOSEK**

Zwracam się z wnioskiem o sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych w 2014 roku ponad ilości rozliczone zgodnie z umową/ami zawartą/ymi z Narodowym Funduszem Zdrowia – Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim w Krakowie, w rodzaju/ach ................................................................................

według stanu sprawozdawczości na dzień 26.01.2015 r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *miejscowość, data* |  | *podpis (podpisy) osoby (osób) upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy* |