

(-wzór-)

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

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	
.....Oddział Wojewódzki NFZ w	
WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY NA REALIZACJĘ RECEPT	
.....	
(pełna nazwa podmiotu prowadzącego aptekę - zgodna z właściwym rejestrem)	
.....	
(adres siedziby podmiotu prowadzącego aptekę	
.....	
(pełna nazwa apteki/punktu aptecznego)	
.....	
(kod apteki/punktu aptecznego) - o ile został nadany przez Fundusz	
.....	
(adres apteki/punktu aptecznego)	
(data złożenia wniosku: dd.mm.rrrr)	(numer z rejestru wniosków)
(Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia wniosku: pieczęć, podpis, data)	

* niepotrzebne skreślić