……………………………………

(miejscowość, data)

……………………………………  
(nazwa podmiotu)  
  
……………………………………  
(adres, dane kontaktowe)

……………………………………  
(NIP)  
……………………………………  
(oznaczenie NFZ)

reprezentowany przez: ……………………………………

**Pani Anna Rzemek**

**Dyrektor Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**WNIOSEK**

Zwracam się z wnioskiem o sfinansowanie świadczeń wykonanych w okresie …………………… ponad kwotę zobowiązania określoną w umowie o numerze: ………………………………………….

* w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego
* budżetu powierzonego opieki koordynowanej.

Z poważaniem,