……………………………………

(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,