

---

 ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ

Sprawozdanie łączne z udzielonego świadczeniodawcom dofinansowania w miesiącu ..... 2020 r.

w zł i gr

1	2	3	4	5	6
Lp.	Nazwa świadczeniodawcy	NIP świadczeniodawcy	Kwota dofinansowania	Nazwa urzędnika informatycznego	Uwagi
1					
2					
3					
<b>Razem:</b>		X		X	X

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

 Naczelnik Wydziału Informatyki  
 OW NFZ

.....

Dyrektor OW NFZ

.....