

ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ

Sprawozdanie łączne z wykorzystania przez świadczeniodawców wystawiających zaświadczenia lekarskie środków z dotacji celowej
(zestawienie załączane przez jednostkę przy rozliczeniu otrzymanych środków do dnia)

Kwota środków podlegających zwrotowi do Centrali Funduszu w zł:

Łączna liczba świadczeniodawców, którym udzielono dofinansowania:.....

w złotych																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Lp.	Nazwa świadczeniodawcy, z którym zawarta została umowa	NIP świadczeniodawcy	Czy podmiot złożył oświadczenie o VAT (TAK/NIE)	Liczba lekarzy POZ objętych dofinansowaniem w danym miejscu udzielania świadczeń	Miejsce udzielania świadczeń**	Przedmiot zakupu** - (sprzęt, oprogramowanie)	Przedmiot zakupu** - (szkolenia)	Wartość kwalifikująca się do dofinansowania** : w zakresie sprzętu i oprogramowania	Wartość kwalifikująca się do dofinansowania** : w zakresie szkoleń	Wysokość dofinansowania w ramach dotacji od MZ do NFZ** : w zakresie sprzętu i oprogramowania	Wysokość dofinansowania w ramach dotacji od MZ do NFZ** : w zakresie szkoleń	Data: odbioru sprzętu, oprogramowania lub zakończenia szkolenia** (rrrr-mm-dd)	Faktura					Uwagi	
													Numer	Data wystawienia (rrrr-mm-dd)	Termin płatności (rrrr-mm-dd)	Wartość netto	Wartość brutto		Data zapłaty faktury (rrrr-mm-dd)
1																			
2																			
3																			
Razem:																			

* jeden wiersz może dotyczyć tylko jednej FV zadeklarowanej do dofinansowania, w przypadku kilku FV należy uzupełnić każdy wiersz osobno dla każdej FV
** informacje w kolumnach 6-13 dotyczą tylko danego wpisu (FV ujętej w danym wierszu)

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Naczelnik Wydziału
Informatyki
OW NFZ

Główny księgowy
OW NFZ

Dyrektor OW NFZ

.....

.....

.....