

Specyfikacja 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	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:

Podpis i pieczęć Świadczeniodawcy