



FORMULARZ ZAMÓWIENIA RAPORT WERYFIKACJI ROZLICZEŃ Z NFZ

....., dnia

DANE ZAMAWIAJĄCEGO:

Szpital:

Adres:

Telefon:

Adres e-mail:

Przedmiot zamówienia: weryfikacja rozliczeń z NFZ.

Weryfikacja danych dotyczy okresu (od - do):

Oświadczamy, iż zanonimizowane pliki komunikatów i umowy z NFZ zostaną przekazane Zleceniobiorcy do dnia

Termin wykonania usługi: trzy dni robocze od daty przekazania Zleceniobiorcy danych do analizy.

Cena usługi: 1 zł netto za każdy weryfikowany przypadek.

Termin i sposób płatności: 14 dni od daty wystawienia faktury, przelew.

Osobą odpowiedzialną za realizację wykonania zamówienia ze strony Zamawiającego będzie:

.....

.....
(*podpis i pieczętka osoby upoważnionej*)

Prosimy o przesłanie niniejszego zamówienia faksem na numer **81 - 534 21 05**.