



A) Dane składające uwagi

Imię

Nazwisko

Nazwa reprezentowanego podmiotu

Zajmowane stanowisko

Adres korespondencyjny:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Adres e-mail

B) Zgłaszane uwagi

Świadczenia gwarantowane obejmujące przeszczepienie komórek przytarczyc

Uwagi do Projektu Taryfy świadczeń

Uzasadnienie

W przypadku zgłoszonych w uwagach zarzutów względem wysokości lub zasad ustalania taryfy, zwracamy się z prośbą o przedstawienie informacji, jaki według Państwa wiedzy jest rzeczywisty koszt realizacji danego świadczenia (najbardziej typowego, powszechnie realizowanego).

Plik/pliki należy załączyć do wiadomości e-mail wygenerowanej dla przesłania formularza z uwagami.