

## REJESTRACJA ZGŁOSZEŃ (wypełnia pracownik Agencji)

Numer

Data wpłynięcia ankiety

---

## A. DANE ŚWIADCZENIODAWCY (wypełnia świadczeniodawca)

Kod świadczeniodawcy – identyfikator nadany przez właściwy OW NFZ

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Numer NIP podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Numer REGON podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Adres e-mail osoby upoważnionej do reprezentowania podmiotu leczniczego

Dane osoby koordynującej współpracę:

Imię i nazwisko

Zajmowane stanowisko

Numer telefonu

Adres e-mail

**B. DEKLARACJA UDOSTĘPNIENIA AGENCJI NIEODPŁATNIE DANYCH  
FINANSOWO-KSIĘGOWYCH (FK) ZA ROK 2018 NIEZBĘDNYCH DO TARYFIKACJI  
ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH, ZAPEWNIAJĄC ICH NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ I  
KOMPLETNOŚĆ.**

Deklaruję udostępnienie za rok 2018 informacji o danych finansowo-księgowych o poniesionych kosztach oraz innych danych niefinansowych (plik FK) ze wszystkich ośrodków powstawania kosztów (OPK) funkcjonujących w podmiocie leczniczym. Dane FK zostaną przekazane w układzie określonym przez Agencję (Zasady udostępnienia danych zgodnie z formularzem finansowo-księgowym (plik FK)).

TAK

Ankieta jest deklaracją udostępnienia Agencji nieodpłatnie danych, zapewniając ich najwyższą jakość i kompletność.