

Miejscowość ..... Data .....

Pieczęć instytucji

**Informacja o rachunku bankowym**

<b>Numer rachunku bankowego, na który Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w Opolu przekaże środki finansowe o dofinansowanie programu polityki zdrowotnej w roku 2018</b>	
Numer rachunku bankowego (*)	
Nazwa programu polityki zdrowotnej	

\*Zmiana podanego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

podpis osoby uprawnionej organu wykonawczego jednostki samorządu terytorialnego

podpis głównego księgowego jednostki samorządu terytorialnego