Załącznik nr 9

WZÓR

Decyzja dotycząca indywidualnego sprawozdania lub rozliczenia świadczenia *

Nazwa świadczeniodawcy _____
Nr umowy ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Zakres świadczeń ☐☐ . ☐☐☐☐ . ☐☐☐ . ☐☐

Numer wniosku ☐☐ - ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

- **Wyrażam zgodę na realizację wniosku:**

Data początku świadczenia/świadczeń objętych zgodą	Data końca świadczenia/świadczeń objętych zgodą
☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ *RRRR* *MM* *DD*	☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐ *RRRR* *MM* *DD*
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐,☐☐ Kwota	
…… Inne	

- **Nie wyrażam zgody na realizację wniosku (uzasadnienie):**

……

……

……

……

……

……

…… Data	…… Oddział Funduszu**

* Świadczeniodawcy przysługuje prawo do wystąpienia o ponowne rozpatrzenie wniosku, zgodnie z zarządzeniem w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem