Załącznik do Zarządzenia Nr 19/2016 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 kwietnia 2016 r.

**Formularz zgłaszania uwag do**

**Projektu Taryfy świadczeń Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**

|  |  |
| --- | --- |
| **Formularz zgłaszania uwag do Projektu Taryfy świadczeń** | |
| **Numer:** |  |
| **Tytuł:** |  |

**Uwagi do Projektu Taryfy świadczeń**

|  |  |
| --- | --- |
| **Uwagi** | **Uzasadnienie** |
|  |  |
|  |  |

**……………………………………………………**

**Data składania i podpis osoby składającej uwagi**