

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

Numer danej testowej	UIR_DT_9_2
Nazwa danej testowej	Dane dotyczące wniosku o refundację kosztów badań

2. SZCZEGÓŁY DANYCH TESTOWYCH

2.1. DANE DOTYCZĄCE WNIOSKU O REFUNDACJĘ KOSZTÓW BADAŃ

Lp.	Nazwa pola	Wymagane/ Opcjonalne	Wartość pola
1.	Numer wniosku	W	
2.	Numer dokumentu	O	
3.	Data złożenia wniosku	W	
4.	Data rozpoczęcia okresu objętego refundacją	W	
5.	Data zakończenia okresu objętego refundacją	W	
6.	Kwota wnioskowana	W	
7.	Sposób przekazania środków: kasa, przelew, przekaz	W	
8.	Kod realizowanego programu	W	
9.	Kod zadania/ wydatku realizowanego w ramach programu	W	
10.	Status wniosku o refundację: nierozpatrzone, rozpatrzone pozytywnie, rozpatrzone negatywnie, rozliczone	W	
11.	Numer decyzji	O	
12.	Data rozpatrzenia	O	
13.	Kwota przyznana	O	
14.	Data rozliczenia wniosku	O	
15.	Uzasadnienie decyzji	O	
16.	Uwagi do wniosku	O	
17.	Rodzaj badania	O	
18.	Miejsce przeprowadzenia badań	O	
19.	Nazwisko i imię wnioskodawcy	W	
20.	Rodzaj i obiekt usługi, na podstawie której został zarejestrowany wniosek	O	