

DANE TESTOWE

1. DANE OGÓLNE

| | |
|----------------------|---|
| Numer danej testowej | UIR_DT_8_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. | Nazwisko i imię wnioskodawcy | W | Nazwisko i imię zarejestrowanego w systemie bezrobotnego lub poszukującego pracy wskazanego na liście klientów RP |
| 2. | Numer wniosku | W | Numer nadawany przez system po zapisie danych |
| 3. | Data złożenia wniosku | W | 05.05.2017 |
| 4. | Numer dokumentu | O | DOK/2017/05/01 |
| 5. | Data rozpoczęcia okresu objętego refundacją | W | 01.06.2017 |
| 6. | Data zakończenia okresu objętego refundacją | W | 05.06.2017 |
| 7. | Sposób przekazania środków: kasa, przelew, przekaz | W | Kasa |
| 8. | Kwota wnioskowana | W | 100,00 |
| 9. | Rodzaj badania | O | Wybrany ze słownika rodzaj badania |
| 10. | Nazwa przychodni, miejscowość i adres | O | Dane miejsca prowadzenia badań |
| 11. | Rodzaj i obiekt usługi, na podstawie której został zarejestrowany wniosek | O | - |
| 12. | Kod realizowanego programu | W | Kod programu wskazanego na liście programów/projektów oraz wydatków |
| 13. | Kod zadania/ wydatku realizowanego w ramach programu | W | Kod zadania/wydatku wskazany na liście programów/projektów oraz wydatków |
| 14. | Status wniosku o refundację: nierozpatrzony, rozpatrzony pozytywnie, rozpatrzony negatywnie, rozliczony | W | Nierozpatrzony |
| 15. | Uwagi do wniosku | O | - |