

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	05.05.2015
4.	Numer dokumentu	O	DOK/2015/05/01
5.	Data rozpoczęcia okresu objętego refundacją	W	01.06.2015
6.	Data zakończenia okresu objętego refundacją	W	05.06.2015
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	-