

.....
Dane świadczeniodawcy (pieczętka)

.....
Miejscowość i data

.....
Nr pisma , którego dotyczy wniosek

Dyrektor
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
ul. Marynarki Polskiej 148
80-865 Gdańsk

Wniosek o odblokowanie okresów sprawozdawczych w umowie

Dotyczy umowy
Nr umowy

Dotyczy okresu
Rok/Miesiąc

1. Proszę o odblokowanie umowy w części dotyczącej raportów statystycznych w ww. okresie z powodu:

- Modyfikacji świadczeń bez możliwości dodania nowych pozycji rozliczeniowych**
- Korekty/usunięcia świadczeń**
- Dopisania świadczeń**
- Inne**

.....
.....
.....

2. Proszę o odblokowanie umowy w części dotyczącej naliczania świadczeń w ww. okresie z powodu:

- Rozliczenia świadczenia „in plus”**
- Rozliczenia świadczenia „in minus”**
- Inne**

.....
.....
.....

