

.....
Dane świadczeniodawcy (pieczętka)

.....
Miejscowość i data

**Dyrektor POW NFZ
ul. Marynarki Polskiej 148
80-865 Gdańsk**

Wniosek dotyczący zgłoszenia nieobecności personelu i/lub przerwy w udzielaniu świadczeń

Dotyczy umowy

Nr umowy

1. Informuję o nieobecności personelu medycznego zgodnie z poniższą tabelą:

Lp.	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Imię i nazwisko	NPWZ / nr PESEL w przypadku braku NPWZ	Nieobecność od dnia	Nieobecność do dnia

2. Wyżej wymienione zmiany spowodują przerwę w udzielaniu świadczeń:

TAK*

NIE

* W przypadku zaznaczenia odpowiedzi „TAK” prosimy o wypełnienie tabeli poniżej:

Lp.	Zakres świadczeń	Wyróżnik	Przerwa od dnia	Przerwa do dnia	Przyczyna przerwy

Brak uzupełnienia ww. tabeli zostanie potraktowane jako oświadczenie świadczeniodawcy, że zmiany wymienione w pkt 1 nie spowodują przerwy w udzielaniu świadczeń w myśl § 9 Ogólnych warunków umów stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146).

3. W celu zachowania ciągłości udzielania świadczeń w związku z wystąpieniem przerwy w ich realizacji, której nie można było przewidzieć podjęto następujące czynności:

.....

.....
Podpis i pieczęć osoby upoważnionej