……………………………………………………….….. ……………………………………………………….…..

Dane świadczeniodawcy lub pieczątka Miejscowość i data

……………………………………………………….…..

Numer pisma którego dotyczy wniosek

Dyrektor

 Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego

Narodowego Funduszu Zdrowia

 ul. Marynarki Polskiej 148

 80-865 Gdańsk

**Wniosek o odblokowanie okresów sprawozdawczych w umowie**

Dotyczy umowy: …………………….………………………………………………………………………

*Numer 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\**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Proszę o odblokowanie umowy w części dotyczącej naliczania świadczeń w ww. okresie
z powodu:
* *Rozliczenia świadczenia „in plus” ⃰*
* *Rozliczenia świadczenia „in minus” ⃰*
* *Inne\**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Uzasadnienie wniosku:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*(\*zaznaczyć właściwe)*

………………………………………………………………

Podpis osoby upoważnionej

do reprezentowania podmiotu