

.....
Dane świadczeniodawcy lub pieczęć

.....
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**
-
.....

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

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

3. Uzasadnienie wniosku:

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

*(*zaznaczyć właściwe)*

.....
Podpis osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu