

.....

Pieczęć apteki

Dyrektor  
Opolskiego Oddziału  
Wojewódzkiego Narodowego  
Funduszu Zdrowia  
ul. Ozimska 72 A, 45-310 Opole**WNIOSEK  
O WYRAŻENIE ZGODY NA ZŁOŻENIE KOREKTY DO ZAMKNIĘTEGO  
OKRESU ROZLICZENIOWEGO**

Na podstawie art.45 ust.11 ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wnioskuje o wyrażenie zgody na złożenie korekty do zamkniętego okresu rozliczeniowego.

1. Numer zamkniętego okresu rozliczeniowego, który ma zostać odblokowany w celu przesłaniakorekty/ zestawienia refundacyjnego\* : ..... /20.....Wniosek został złożony poprzez Portal Świadczeniodawcy w dniu .....2. Uzasadnienie merytoryczne wniosku :.....  
.....  
.....3. Tryb wykonania korekty\*\*:a)  dodanie recepty (korekta *in plus*)  usunięcie recepty (korekta *in minus*)Numer korygowanej recepty ( kod 22 cyfrowy ):..........  
.....b)  poprawa recepty ( korekta merytoryczna - zerowa )

Numer korygowanej recepty ( kod 22 cyfrowy ):	dane błędne ( przed korektą )	dane prawidłowe ( po korekcie )

.....  
podpis kierownika lub osoby upoważnionej  
do reprezentowania apteki

\* niepotrzebne skreślić

\*\* nie uzupełniać gdy odblokowanie dotyczy przesłania zestawienia refundacyjnego