

.....  
Numer ewidencyjny apteki

....., dn. ....  
miejsowość data

.....

Pieczętka 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 wnioskuję o wyrażenie zgody na złożenie korekty do zamkniętego okresu rozliczeniowego.

1. Numer zamkniętego okresu rozliczeniowego, który ma zostać odblokowany w celu przesłania korekty : ..... / 20.....

2. Wniosek został złożony poprzez Portal Świadczeniodawcy w dniu .....

3. Tryb wykonania korekty:

poprawa recepty

usunięcie recepty

4. Uzasadnienie merytoryczne wniosku :

Pismem znak: .....

wezвано aptekę do skorygowania nieprawidłowo sprawozdanych recept.

.....  
podpis kierownika lub osoby upoważnionej  
do reprezentowania apteki zgodnie  
z zał. 5 do umowy