

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

1. Okres rozliczeniowy, do którego ma zostać złożona korekta :.....
.....
2. Wniosek został złożony poprzez Portal Świadczeniodawcy w dniu
3. Postępowanie kontrolne nr
4. Uzasadnienie merytoryczne wniosku :

W wyniku przeprowadzonej kontroli wezwano aptekę do skorygowania nieprawidłowo sprawozdanych recept.

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