

.....  
(miejsowość) (data)

(pieczęć apteki/punktu aptecznego)

## WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBLOKOWANIE OKRESU ROZLICZENIOWEGO W CELU ZŁOŻENIA KOREKTY

I. Dane apteki/punktu aptecznego (wraz z numerem telefonu), którego dotyczy wniosek:

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

II. Nr umowy z NFZ: .....

III. Okres rozliczeniowy, który ma zostać odblokowany: .....

IV. Korekta dotyczy (należy zaznaczyć właściwą pozycję):

usunięcia pozycji,

dodania pozycji,

korekty pozycji,

inne

V. Uzasadnienie merytoryczne wniosku

(należy podać uzasadnienie przyczyny naniesienia poprawek, unikalny 22 znakowy numer recepty, której dotyczy poprawa, datę jej realizacji oraz czy złożenie korekty będzie skutkowało finansowo):

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

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis kierownika apteki/punktu aptecznego)