Miejscowość i data

Dane apteki (pieczątka)

Dyrektor
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Piekary 14/15
61-823 Poznań

Wniosek o odblokowanie umowy

Dotyczy umowy : …….
Numer umowy

Dotyczy okresu ……..…..… ……...
Rok *okres rozliczeniowy*

Proszę o odblokowanie umowy w w/w okresie z powodu:

☐* *usuwania pozycji*
☐* *dopisania pozycji*
☐* *korekty pozycji*
☐* *inne*
……
……

Uzasadnienie wniosku:
……
……
……
……

Podpis osoby upoważnionej

Telefon kontaktowy:

**Właściwe zaznaczyć*