

....., dnia.....
.....
.....
(nazwa i adres Świadczeniodawcy)

**Dyrektor
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu
ul. Grunwaldzka 158
60 – 309 Poznań**

Dotyczy: **ZMIAN/Y DO UMOWY * MIEJSCA REALIZACJI ŚWIADCZEŃ
PODWYKONAWCY
AMBULANSE
INNE**

* należy podkreślić przedmiot/y wniosku

Wnoszę o dokonanie zmian/y w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie ze wskazanymi niżej danymi:

rodzaj świadczeń:

numer umowy:

zakres/y świadczeń:

miejsce/a realizacji świadczeń:
(należy podać ID miejsca udzielania świadczeń oraz adres m-ca realizacji świadczeń)

data początkowa obowiązywania zmian/y:

uzasadnienie dla wprowadzenia zmian/y:

.....

.....

wykaz załączników do wniosku* :

.....

.....

* dokumenty formalne np. umowa na podwykonawstwo,

tel. kontaktowy

.....
podpis wnioskodawcy