

Data

.....

Dane świadczeniodawcy (pieczęć)

Numer pisma wg świadczeniodawcy

Dyrektor  
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
ul. Grunwaldzka 158  
60-309 Poznań

## **Wniosek o odblokowanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej**

*Proszę o odblokowanie umowy i przywrócenie terminu rozliczeń umowy numer:*

Numer umowy

obowiązującej w roku: .....

| Dotyczy:<br>zakres / punkt umowy /id świadczenia / id zestawu | Miesiąc/ -ce<br>lub data | Rodzaj korekty<br>świadczeń                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                               |                          | <input type="checkbox"/> *poprawa<br><input type="checkbox"/> *usunięcie<br><input type="checkbox"/> *dopisanie |
|                                                               |                          | <input type="checkbox"/> *poprawa<br><input type="checkbox"/> *usunięcie<br><input type="checkbox"/> *dopisanie |
|                                                               |                          | <input type="checkbox"/> *poprawa<br><input type="checkbox"/> *usunięcie<br><input type="checkbox"/> *dopisanie |
|                                                               |                          | <input type="checkbox"/> *poprawa<br><input type="checkbox"/> *usunięcie<br><input type="checkbox"/> *dopisanie |

- ☐ \* wygenerowanie szablonu rachunku / korekty rachunku
- ☐ \* przesyłanie elektronicznej wersji rachunku / korekty rachunku
- ☐ \* przesyłanie elektronicznej wersji zestawienia zbiorczego POZ

*Uzasadnienie wniosku:*

.....

*Data i podpis osoby upoważnionej*

Telefon kontaktowy: .....

\* Właściwe zaznaczyć