

.....
Miejsce i data

.....
Dane świadczeniodawcy (pieczętka)

Wydział Spraw Świadczeniobiorców
ul. Piekary 14/15
61-823 Poznań

Wyjaśnienia do wyników wstecznej weryfikacji list POZ

Dotyczy umowy :

Numer umowy

Składam wyjaśnienia do wyników wstecznej weryfikacji list POZ z zakresie poniższych osób

PESEL pacjenta	Nazwisko i imię pacjenta	Wyjaśnienia w zakresie faktu zgonu pacjenta: data zgonu wg świadczeniodawcy lub informacja „pacjent żyje” ¹	Wyjaśnienia w zakresie weryfikacji osób do 6 miesiąca życia o podanym numerze PESEL ²

.....
Dane kontaktowe (telefon, email)

.....
Podpis osoby upoważnionej

1. oświadczają Państwo, że informacja o zgonie osoby o podanym numerze PESEL jest nieprawidłowa – zostanie przez WOW NFZ wszczęta procedura wyjaśniania informacji o zgonie tej osoby . Należy bezwzględnie wpisać datę zgonu wg danych świadczeniodawcy lub informację „pacjent żyje”.

2. oświadczają Państwo, że osoba o podanym numerze PESEL istnieje (prosimy do wniosku dołączyć kserokopie deklaracji).