

Dane apteki (pieczęćka)

.....
(miejscowość) (data)

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

Wniosek o odblokowanie umowy po upływie okresu rozliczeniowego

I. Nr umowy z NFZ:.....

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

III. Numer korygowanej recepty (22-cyfrowy) i data realizacji: (nie dotyczy zaleceń pokontrolnych)
.....
.....
.....

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

☐ * usuwania pozycji ☐ * dopisania pozycji ☐ * korekty pozycji

V. Uzasadnienie merytoryczne wniosku:

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

.....
(miejscowość, data)
nr telefonu kontaktowego

.....
(podpis kierownika podmiotu wnioskującego)

Wypełnia Oddział NFZ

VI. Opinia komórki merytorycznej: ☐ * pozytywna ☐ * negatywna

Uzasadnienie dla opinii negatywnej:
.....

.....
(data)

.....
(podpis)

VII. Termin odblokowania okresu refundacyjnego:.....

VIII. Komunikat o wyrażeniu zgody/nie wyrażeniu zgody** na otwarcie okresu refundacyjnego
udostępniono aptecę w systemie SZOI:

Nr komunikatu..... Data komunikatu

.....
(data)

.....
(podpis)

*właściwe zaznaczyć

**niepotrzebne skreślić