

.....  
(miejsowość i data)

(pełna nazwa i adres świadczeniodawcy)

.....  
(znak sprawy)

## WNIOSEK O ODBLOKOWANIE OKRESÓW SPRAWOZDAWCZYCH W UMOWIE

### I. Numer pierwotny umowy

07R-.....

### II. Okres sprawozdawczy (rok i miesiąc, którego dotyczy wniosek)

### III. Wykaz świadczeń objętych wnioskiem\*

Lp.	Identyfikator świadczeniobiorcy (np. PESEL)	Kod lub nazwa świadczenia podlegającego korekcie
1.		
2.		
3.		
4.		
...		

\* nie dotyczy w przypadku ponownego rozliczenia umowy np. na skutek utraty bazy danych

### IV. Szczegółowe uzasadnienie wniosku świadczeniodawcy

.....  
(pieczętka i podpis osoby upoważnionej  
do reprezentowania świadczeniodawcy)