

(pieczęćka podmiotu wnioskującego)

.....
(miejscowość) (data)

**Dyrektor
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Ul. Chałubińskiego 8
00-613 Warszawa**

**WNIOSEK
O ZGODĘ NA ZŁOŻENIE KOREKTY
DO ZAMKNIĘTEGO OKRESU ROZLICZENIOWEGO**

Na podstawie art.45 ust. 11 ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych (Dz. U. z 2011 roku nr 122 poz. 696 ze zm.) wnioskuję o zgodę na złożenie korekty do zamkniętego okresu rozliczeniowego.

I. Dane apteki/punktu aptecznego, którego dotyczy wniosek:

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

II. Nr umowy z NFZ:

.....

III. Okres rozliczeniowy, do którego ma zostać złożona korekta:

.....

IV. Numer korygowanej recepty (22-cyfrowy):

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

V. Tryb wykonania korekty: dodanie, usunięcie, poprawa*

.....

VI. Uzasadnienie merytoryczne wniosku:

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

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis kierownika podmiotu wnioskującego)

*niepotrzebne skreślić