

.....
Dane świadczeniodawcy (pieczętka)

.....
Miejscowość, dnia

Łódzki Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Kopcińskiego 58
90-032 Łódź

Wniosek o odblokowanie okresów sprawozdawczych w umowie

Dotyczy umowy nr:

Nr umowy

Lp.	Kod zakresu świadczeń	Wyróżnik	Okres objęty wnioskiem rok/miesiąc	Id świadczeń w systemie nadawcy podlegających zmianie**	Odblokowanie umowy w części dot. importu świadczeń w celu:*			Odblokowanie umowy w części dot. naliczania świadczeń w celu*:	
					Korekty/ usunięcia świadczeń	Dopisania świadczeń	Inne (jakie?)	Wygenerowania szablonu rachunku/ korekty na kwotę zmniejszenia in „-”	Wygenerowania szablonu rachunku/korekty na kwotę zwiększenia in „+”

Uzasadnienie wniosku

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

Telefon kontaktowy

.....
Podpis osoby upoważnionej

*Zaznaczyć właściwe - **X**

** odblokowanie umowy następuje z dokładnością do kodu zakresu umowy (id świadczeń jest informacją potrzebną do oceny merytorycznej zasadności wniosku)