*Załączniki:*

*Zał. Nr 1 wzór wniosku o cofnięcie operacji skreślenia w aplikacji AP-KOLCE wpisu na liście oczekujących*

………………………………..

Miejsce i data

…………………………………

Id Świadczeniodawcy

………………………………………..

………………………………………..

Nazwa Świadczeniodawcy

………………………………………...

Adres

………………………………………...

Kod pocztowy, Miejscowość

Wniosek o cofnięcie operacji skreślenia w aplikacji AP-KOLCE wpisu na liście oczekujących

Zwracam się z prośbą o przywrócenie wpisu na liście oczekujących prowadzonej w aplikacji AP – KOLCE.

Uzasadnienie:……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Dane osoby:

- imię i nazwisko pacjenta:…………………………………………………………………………..

- nr poz. w kolejce:………………………………………………………………………………….

- kod świadczenia:…………………………………………………………………………………

- nazwa świadczenia:………………………………………………………………………………

- data skreślenia:…………………………………………………………………………………….

………………………………………………………....

Kontakt do osoby zajmującej się listami oczekujących

………………………………………

Podpis kierownika

Podpisany wniosek proszę przesłać na adres mailowy: [kolejki@nfz-kielce.pl](mailto:kolejki@nfz-kielce.pl) lub faksem pod numer 41/343 04 90