(pieczątka apteki/punktu aptecznego)

…………………………………………

miejscowość, data

**Pani**

**Małgorzata Kiebzak**

**Świętokrzyski Oddział Wojewódzki**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**ul. Jana Pawła II 9**

**25-025 Kielce**

**WNIOSEK O ZGODĘ NA ZŁOŻENIE KOREKTY**

**DO ZAMKNIĘTEGO OKRESU ROZLICZENIOWEGO**

**Część A**

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 z późn. zm.) wnioskuję o zgodę na złożenie korekty do zamkniętego okresu rozliczeniowego.

1. Dane apteki/punktu aptecznego wraz z numerem telefonu kontaktowego:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

2. Nr umowy ze Świętokrzyskim OW NFZ: ………………….………………………………

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

…………………………………………………………………………………………………

4. Numer korygowanej recepty (22-cyfrowy):

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

5. Korekta dotyczy (należy zaznaczyć właściwą pozycję):

* usunięcie pozycji
* dodanie pozycji
* korekty pozycji
* inne

6. Uzasadnienie merytoryczne wniosku (przyczyna naniesienia poprawek):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………

podpis kierownika apteki/punktu aptecznego

**Część B**

7. Opinia komórki merytorycznej:

Otwarcie dotyczy okresu refundacyjnego:……………………………………………………

Opinia: ………………………..………………………………………………………………

Uzasadnienie opinii negatywnej: ………………………………………………………..........

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………. ………………………………..

data podpis

**8. Akceptacja Dyrektora Oddziału / osoby uprawnionej:**

**……………………..…………………**

**Decyzja Dyrektora Św OW NFZ**

9. Termin odblokowania okresu refundacyjnego:

………………………………………………………………………………………………….

10. Komunikat o wyrażeniu zgody / nie wyrażeniu zgody na otwarcie okresu rozliczeniowego przekazano aptece dnia

…………………………………………………………………………

……………………………………

podpis

Część A – wypełnia osoba reprezentująca aptekę

Część B – wypełnia osoba reprezentująca Oddział NFZ