(pieczątka apteki/punktu aptecznego)

…………………………………………

 miejscowość, data

**Pani**

**Zofia Wilczyńska**

**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. Uzasadnienie merytoryczne wniosku:

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

 ……………………………………………

 podpis kierownika apteki/punktu aptecznego

**Część B**

6. Opinia komórki merytorycznej:

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

Opinia (pozytywna/negatywna):………………………………………………………………

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

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

……………………………. ………………………………..

 data podpis

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

 **……………………..…………………**

 **Decyzja Dyrektora Św OW NFZ**

8. Termin odblokowania okresu refundacyjnego:

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

9. 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