|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |
|  | *numer (kod) świadczeniodawcy* |
|  |  |
| *pieczęć świadczeniodawcy* |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Małopolski Oddział Wojewódzki**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**z siedzibą w Krakowie**

**ul. Józefa 21**

**31-056 Kraków**

**WNIOSEK**

Zwracam się z wnioskiem o przesłanie propozycji aneksu rozliczającego koszty świadczeń w trybie okreslonym w § 27 ust. 2 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) w rodzaju/ach …………………………………………………………………………………..., według stanu sprawozdawczości na dzień 18.01.2012 r.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| *miejscowość, data* |  | *podpis (podpisy) osoby (osób) upoważnionych do reprezentowania świadczeniodawcy* |