

....., dn. .... r.

Apteka : .....

.....

Ul. ....

..... , .....

Nr. umowy : .....

**Do**

**Dyrektora**

**Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego**

**Narodowego Funduszu Zdrowia**

**w Katowicach**

Zwracam się z wnioskiem o umożliwienie złożenia zestawienia refundacyjnego /korekty\* za okres od ..... do ..... po zamknięciu okresu rozliczeniowego.

***Uzasadnienie:***

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

.....

Pieczątka i podpis właściciela

\*Niepotrzebne skreślić