

....., dnia.....

Apteka

Adres

--- - ---

Numer tel.

Kod apteki _ _ _ _ _

**Dyrektor
Kujawsko - Pomorskiego Oddziału
Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
ul. Mickiewicza 15
85-071 Bydgoszcz**

Wniosek o otwarcie okresu rozliczeniowego nr

Zwracam się z wnioskiem o otwarcie bramki rozliczeniowej za okres rozliczeniowy nr __ / ____ (od ____-____-____ r. do ____-____-____ r.) w celu sporządzenia korekty.

Uzasadnienie:

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

.....
podpis wnioskodawcy