

2

(miejscowość i data)

(pełna nazwa i adres świadczeniodawcy)

(znak sprawy)

### WNIOSEK O ODBLOKOWANIE OKRESÓW SPRAWOZDAWCZYCH W UMOWIE

I. Numer pierwotny umowy

07R-.....

II. Okres sprawozdawczy (rok i miesiąc, którego dotyczy wniosek)

III. Wykaz świadczeń objętych wnioskiem \*

Lp.	Identyfikator świadczeniobiorcy (np. PESEL)	Kod lub nazwa świadczenia podlegającego korekcie
1.		
2.		
3.		
4.		
...		

\* nie dotyczy w przypadku ponownego rozliczenia umowy np. na skutek utraty bazy danych

IV. Szczegółowe uzasadnienie wniosku świadczeniodawcy

(pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania świadczeniodawcy)

.....