

**Załącznik nr 2 do uchwały Zarządu NFZ Nr 45/2004,
określający załącznik nr 4 do Regulaminu Kontroli Aptek.**

Pieczęć Wojewódzkiego Oddziału
Narodowego Funduszu Zdrowia

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

.....
(Nazwa podmiotu kontrolowanego)

.....
(adres podmiotu kontrolowanego)

WEZWANIE DO ZAPŁATY

Na podstawie ustaleń kontroli przeprowadzonej w dniach r.
W.....

(oznaczenie podmiotu kontrolowanego i adres)

.....
(imię i nazwisko kierownika podmiotu kontrolowanego)

której wyniki zostały przedstawione w protokole nr.....z dnia,
..... Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wzywa do zwrotu
w terminie **14 dni od dnia otrzymania poniższego wezwania** kwoty.....**PLN**
(słownie.....)
.....)
wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi do dnia wypłacenia nienależnej refundacji do dnia
jej zwrotu.

Wpłaty należy dokonać:

(numer konta Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

Na przekazie prosimy powołać się na numer wystąpienia pokontrolnego.

.....
Podpis i pieczęć Dyrektora OW NFZ