

**Numer wniosku.....**

*(nadawany przez system informatyczny NFZ)*

Imię i nazwisko osoby uprawnionej

.....

Numer prawa wykonywania zawodu

.....

Adres

.....

Nr umowy upoważniającej do wystawiania recept

.....

**Wniosek  
o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept  
po wygaśnięciu umowy upoważniającej do wystawiania recept**

Wnoszę o utrzymanie uprawnienia do pobierania numerów recept po wygaśnięciu umowy Nr ....., upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, przysługujące świadczeniobiorcom.

.....

Data i miejsce

.....

Podpis