

Łódź, dnia

Świadczeniodawca - numer sygnatury umowy

Osoba Uprawniona – numer Prawa Wykonywania Zawodu

nazwa / imię i nazwisko i numer telefonu

adres

REGON - dotyczy świadczeniodawcy

NIP - dotyczy świadczeniodawcy

### ZAWIADOMIENIE W SPRAWIE ZABLOKOWANIA RECEPT / ZAKRESÓW NUMERÓW MAJĄCYCH SŁUżyć JAKO NUMERY RECEPT \*

Z powodu: kradzieży\* / zagubienia\* / wycofania\* / zakończenie zatrudnienia\* / inne\* druków recept / przyznanego przez NFZ zakresu liczb służących jako numery recept\*

**proszę o zablokowanie następujących numerów:**

Rodzaj recepty		(Wypełnia świadczeniodawca/osoba uprawniona)																				
Białe / Rp*	od																					
	Różowe / Rpw*	do																				
Białe / Rp*	od																					
	Różowe / Rpw*	do																				
Białe / Rp*	od																					
	Różowe / Rpw*	do																				
Białe / Rp	od																					
	Różowe / Rpw*	do																				

(pieczętka i podpis osoby uprawnionej/kierownika lub osoby upoważnionej do reprezentowania danej jednostki)

\*niepotrzebne skreślić