

„WZÓR”

....., dnia  
( miejscowość)

### ZAWIADOMIENIE

Działając na podstawie art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ( Dz. U. Nr 210, poz. 2135) oraz w związku z § 4 pkt.2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia w sprawie określenia szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych ( Dz.U. Nr 274, poz. 2723), pragnę zawiadomić, iż w dniach:

.....

(termin rozpoczęcia i zakończenia kontroli

zostanie przeprowadzona kontrola w:.....

( nazwa podmiotu kontrolowanego)

Kontrola będzie prowadzona w siedzibie podmiotu kontrolowanego / w siedzibie Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia / w siedzibie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia (*niewłaściwe skreślić*)

Kontrola dotyczy.....

( przedmiot i zakres kontroli)

Proszę o przygotowanie następujących dokumentów:

.....

.....

Kontrolę przeprowadzi Pan/Pani.....

zgodnie z udzielonym upoważnieniem.

.....

(podpis)