

Nazwa właściwej jednostki organizacyjnej NFZ

Kontrola nr.....

**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. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) oraz w związku z § 4 ust. 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 274, poz. 2723) zawiadamiam, iż w dniach:

.....

(termin rozpoczęcia i zakończenia kontroli)

zostanie przeprowadzona kontrola:.....

(nazwa podmiotu kontrolowanego)

w ramach wykonywanej działalności leczniczej.....

(nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/ podmiotu  
wykonującego działalność leczniczą)

Kontrola będzie prowadzona w:.....

Kontrola dotyczy.....

(przedmiot i zakres kontroli)

Proszę o przygotowanie następujących dokumentów:

.....  
.....  
.....

Kontrolę przeprowadzi Pan/Pani.....

.....

zgodnie z udzielonym upoważnieniem.

.....  
(data, podpis i pieczęć kierownika  
właściwej jednostki organizacyjnej NFZ)