

..... (miejsowość) ,..... (data)

.....  
.....  
.....  
.....  
(dane Klienta)

.....  
.....  
.....  
.....  
(dane szpitala)

## **WEZWANIE DO ZAPŁATY DODATKU Z TYTUŁU ZWALCZANIA EPIDEMII COVID-19**

W związku ze spełnianiem przez moją osobę przesłanki, która zgodnie z zamieszczoną na oficjalnej stronie Narodowego Funduszu Zdrowia informacją uprawnia mnie do wypłaty dodatku do wynagrodzenia, która to treść pokrywa się z wnioskami wynikającymi z treści Polecenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r., Polecenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2020 r. oraz Polecenia Ministra Zdrowia z dnia 28 maja 2021 r. – niniejszym żądam niezwłocznego umieszczenia moich danych na liście osób uprawnionych do wypłaty dodatku kierowanej do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zapłaty należnego mi dodatku do wynagrodzenia w przewidzianej poleceniem Ministra Zdrowia wysokości 50% wynagrodzenia za miesiąc październik 2020 r. 100% należnego wynagrodzenia za pozostałe miesiące, tj.:

- a) październik 2020 r. w kwocie ..... złotych (słownie: .....)
- b) listopad 2020 r. w kwocie ..... złotych (słownie: .....)
- c) grudzień 2020 r. w kwocie ..... złotych (słownie: .....)
- d) styczeń 2021 r. w kwocie ..... złotych (słownie: .....);
- e) luty 2021 r. w kwocie ..... złotych (słownie: .....);
- f) marzec 2021 r. w kwocie ..... złotych (słownie: .....);
- g) kwiecień 2021 r. w kwocie ..... złotych (słownie: .....).

h) maj 2021 r. w kwocie ..... złotych (słownie:  
.....).

Zapłaty należy dokonać w terminie ..... dni od otrzymania przedmiotowego pisma na numer rachunku wskazany w dotychczas wystawianych przeze mnie rachunkach:  
.....

Jednocześnie informuję, że przypadku braku zapłaty w wyznaczonym terminie, sprawa zostanie skierowana na drogę postępowania sądowego, a następnie po uzyskaniu tytułu wykonawczego, do egzekucji komorniczej w celu zaspokojenia należności. Niniejsze będzie wiązało się z dodatkowymi kosztami związanymi z opłatami sądowymi oraz komorniczymi, a także kosztami z tytułu zastępstwa procesowego, w przypadku zlecenia prowadzenia sprawy kancelarii prawnej. Z tych względów oczekuję polubownego zakończenia sprawy.

.....  
(własnoręczny podpis Klienta)