

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE KARTA POTWIERDZENIA UPRAWNIENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE*													
WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	Numer ewidencyjny zlecenia												
	Pieczętka oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia												
I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY													
Nazwisko i imię:													
Adres zamieszkania													
Kod pocztowy: Miejscowość:													
Ulica nr domu m.													
Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													
Kod tytułu uprawnienia:													
Kod tytułu uprawnienia dodatkowego: Numer dokumentu:													
Data ważności karty od do (miesiąc, rok) (miesiąc, rok)													
II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**													
Liczba porządkowa wyrobu medycznego <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>													
Liczba sztuk:													
Określenie wyrobu medycznego:													
.....													
.....													
.....													
Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia													
*Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia comiesięcznego wystawia oddział wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy.													
** Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).													

POTWIERDZENIE WYSTAWIONYCH ZLECEŃ ORAZ ICH REALIZACJI***

(cz B) 2/2

WYPEŁNIA ZLECAJĄCY ORAZ PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE	Lp.	Data wystawienia zlecenia	Nazwa wyrobu medycznego	Liczba sztuk	Zaopatrzenie dotyczy miesiąca (nazwę miesiąca wpisać słownie)	Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia lub kontynuacji zlecenia****	Data realizacji Pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie	

*** Potwierdzenie wystawionych zleceń oraz ich realizacji staje się własnością świadczeniobiorcy.
 **** Przy pierwszym zleceniu, pierwszy wiersz wypełnia pracownik oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.