

| | |
|--|--|
| WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA | IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM Kod tytułu uprawnienia Kod tytułu uprawnienia dodatkowego nr dokumentu Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: Limit finansowania ze środków publicznych Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia% Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji Data potwierdzenia zlecenia <div style="text-align: right;"> _____ Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia </div> |
| | V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> _____ Data przyjęcia do realizacji </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> _____ Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ </div> </div> Liczba sztuk Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) Cena detaliczna wyrobu medycznego Kwota refundacji Dopłata świadczeniobiorcy Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem <div style="text-align: right;"> _____ Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie </div> Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> _____ Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami) </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> _____ podpis osoby odbierającej*** </div> </div> *** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny. |