

## ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO

Numer ewidencyjny zlecenia:.....

**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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**

Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) wraz z pisemnym uzasadnieniem, numer ewidencyjny zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, na podstawie którego zostało zrealizowane świadczenie

.....

.....

.....

**III. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO**

Kod tytułu uprawnienia .....

Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ..... nr dokumentu .....

Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia .....

Określenie wyrobu medycznego\*: .....

Liczba porządkowa wyrobu medycznego\*

		/			
--	--	---	--	--	--

Limit ceny naprawy\* .....

Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji naprawy .....

.....

.....

Data potwierdzenia zlecenia .....

**IV. INFORMACJA DLA ŚWIADCZENIOBIORCY**

Zostałem poinformowany, że w przypadku dokonania naprawy i wykorzystaniu części lub całości tego limitu okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu proporcjonalnie do wykorzystanej części limitu naprawy, z zaokrągleniem w dół do pełnego miesiąca.

Okres użytkowania wyrobu medycznego ulega wydłużeniu do:.....

\_\_\_\_\_  
Data i podpis osoby wnioskującej\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczęć pracownika  
oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

\* Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

**V. POTWIERDZENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY**

\_\_\_\_\_  
Data przyjęcia do realizacji

\_\_\_\_\_  
Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne

Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) .....

Opis przeprowadzonej naprawy wraz ze specyfikacją: .....

Na wyżej wymienioną naprawę udzielam ..... okresu gwarancji.

Cena naprawy wyrobu medycznego .....

Potwierdzam naprawę wyrobu medycznego, wykonaną zgodnie ze zleceniem.

\_\_\_\_\_  
Data, pieczętka i podpis podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne

WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA

**VI. POTWIERDZENIE ODBIORU**

Potwierdzam odbiór naprawionego wyrobu medycznego

\_\_\_\_\_  
Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej  
(wypełnić drukowanymi literami)

\_\_\_\_\_  
podpis osoby odbierającej\*\*

\*\* W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.