

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

Podpis i pieczęć pracownika oddziału wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

Data przyjęcia do realizacji

Pieczęć podmiotu realizującego czynności z zakresu
zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca
udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ

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

Data, pieczęć i podpis osoby realizującej zlecenie

Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

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.

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE