

(część B)

	<p>ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE KARTA POTWIERDZENIA UPRAWNIENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE*</p> <p>Numer ewidencyjny zlecenia</p>																								
	<p>_____ Pieczętka oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</p>																								
<p>WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</p>	<p>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</p> <p>Nazwisko i imię:</p> <p>Adres zamieszkania Kod pocztowy: Miejscowość:</p> <p>Ulica nr domu m.</p> <p>Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Kod tytułu uprawnienia:</p> <p>Kod tytułu uprawnienia dodatkowego: Numer dokumentu:</p> <p>Data ważności karty od do (miesiąc, rok) (miesiąc, rok)</p> <p>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</p> <p>Liczba porządkowa wyrobu medycznego <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 40px; height: 20px;"> </table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 60px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>Liczba sztuk:</p> <p>Określenie wyrobu medycznego:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p style="text-align: right;">_____ Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</p> <p><small>*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.).</small></p>																								

POTWIERDZENIE WYSTAWIONYCH ZLECEŃ ORAZ ICH REALIZACJI***

	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
WYPEŁNIA ZLECAJĄCY ORAZ PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE							

*** Potwierdzenie wystawionych zleceń oraz ich realizacji staje się własnością świadczeniobiorcy.

**** Przy pierwszym zleceniu, pierwszy wiersz wypełnia pracownik oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.