

**ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE  
KARTA POTWIERDZENIA UPRAWNIENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE  
COMIESIĘCZNIE\***

Numer ewidencyjny zlecenia .....

\_\_\_\_\_  
Pieczętka oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

WYPEŁNIA PRACOWNIK 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:

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

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

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

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 oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).

**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
<b>WYPEŁNIA ZLECAJĄCY ORAZ PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE</b>							

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

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