



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 pieczętka pracownika oddziału wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia

#### V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

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

\_\_\_\_\_  
Pieczętka 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, pieczętka 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