

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.