

UPOWAŻNIAJĄCY*:

Imię i nazwisko
Nr PESEL
Nr dowodu osobistego
Adres zamieszkania

Proszę o zatwierdzenie do realizacji zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne dla
(imię i nazwisko, PESEL – dane osoby, której zlecenie dotyczy)
w Oddziale Narodowym Funduszu Zdrowia o kodzie wyrobu medycznego..... oraz
przesłanie na adres:

Imię i nazwisko / nazwa

Adres do wysyłki
(Ulica, miejscowość, kod pocztowy)

Jestem świadomy/a możliwości realizacji potwierdzonego zlecenia u dowolnie wybranego świadczeniodawcy posiadającego podpisaną umowę z NFZ o świadczenie usług w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne.
W przypadku uzupełnienia braków formalnych na zleceniu na zaopatrzenie w wyroby medyczne **wyrażam zgodę do przekazania na wyżej wskazany adres informacji koniecznej**, umożliwiającej zatwierdzenie zlecenia do realizacji.

Miejscowość, data

czytelny podpis osoby upoważniającej

Osobą upoważniającą jest:

1. świadczeniobiorca, którego zlecenie dotyczy
2. przedstawiciel ustawowy
3. małżonek

***podkreślić właściwe**

Uwaga:

W przypadku nieuzupełnionego w pełni upoważnienia zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne zostanie odesłane na adres świadczeniobiorcy