

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 4 marca 2021 r. (poz. 429)

WZÓR

 PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELONYCH NA TERYTORIUM INNEGO NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ LUB EUROPEJSKIEGO OBSZARU GOSPODARCZEGO – NA PODSTAWIE ART. 42b USTAWY Z DNIA 27 SIERPNI 2004 r. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
---	--

UWAGA:

- Wniosek składany w postaci papierowej należy wypełnić czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami.
- Wniosek w postaci elektronicznej jest składany w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ)

Data wpływu wniosku i podpis osoby przyjmującej wniosek:	Nr wniosku:
---	----------------------

CZĘŚĆ 2 – WYPEŁNIANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek*																			
1.1	Nazwisko					1.2	Imię (imiona)												
1.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)			-		1.4	Numer PESEL												
Adres miejsca zamieszkania:																			
1.5		Państwo				Miejscowość				Kod pocztowy									
		Ulica				Nr domu				Nr lokalu									
Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):																			
1.6		Państwo				Miejscowość				Kod pocztowy									
		Ulica				Nr domu				Nr lokalu									
1.7		Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość (zaznaczyć właściwe) ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ Inny				1.8		Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość				1.9		Numer telefonu**					
1.10		Adres poczty elektronicznej**																	
2. Dane przedstawiciela ustawowego (jeżeli wniosek składa przedstawiciel)*																			
2.1		Nazwisko					2.2		Imię (imiona)										
2.3		Data urodzenia (dd-mm-rrrr)					2.4		Numer PESEL										
Adres miejsca zamieszkania:																			
2.5		Państwo				Miejscowość				Kod pocztowy									
		Ulica				Nr domu				Nr lokalu									
Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):																			
2.6		Państwo				Miejscowość				Kod pocztowy									
		Ulica				Nr domu				Nr lokalu									

* Pola 1.3, 1.7, 1.8, 2.3, 2.7 i 2.8 należy wypełnić tylko w razie braku numeru PESEL.
 ** Wypełnić w przypadku posiadania.
 *** Obowiązek przedłożenia oryginałów dokumentów nie dotyczy sytuacji, gdy wniosek jest składany w postaci elektronicznej. W tym przypadku załączniki mogą być odwzorowane cyfrowo.
 **** Zamiast załączania kopii recepty należy podać klucz dostępu do recepty lub pakietu recept składający się z 44 cyfr – w przypadku, gdy recepta transgraniczna została wystawiona w postaci elektronicznej.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

Miejscowość: Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek w postaci papierowej:

.....

Kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek w postaci elektronicznej:

* Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517).