

UPOWAŻNIAJĄCY\*:

UPOWAŻNIONY (składający zlecenie w OW NFZ):

Imię i nazwisko .....  
Nr PESEL .....  
Nr dowodu osobistego .....  
Adres zamieszkania .....

Imię i nazwisko .....  
Nr PESEL .....  
Nr dowodu osobistego .....

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  
przekazanie osobie upoważnionej.

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 osobie upoważnionej 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**

Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią zarządzenia nr 90 /2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne § 12 pkt. 5: „Zlecenie, w celu jego potwierdzenia i zarejestrowania, może dostarczyć do Oddziału Funduszu świadczeniobiorca lub inna osoba w jego imieniu (z **wyłączeniem świadczeniodawcy, który zawarł umowę oraz osób przez niego zatrudnionych lub udzielających świadczeń w jego imieniu na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osób którym udzielanie świadczeń powierzyl).**”

Upoważniony nie działa na szkodę upoważniającego.

Miejscowość, data .....

**czytelny** podpis osoby upoważnionej .....

**Uwaga:**

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

