

Nazwisko i imię.....

PESEL.....

Numer telefonu¹.....

Miejscowość i data.....

**Zgłoszenie nieprawidłowości w systemie ZIP
w zakresie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej**

Zgłaszam nieprawidłowość w systemie ZIP dotyczącą wykazanego świadczenia opieki zdrowotnej.

Dane identyfikacyjne zakwestionowanego świadczenia:

(dane identyfikacyjne zawarte są w zakładce „szczegóły” kwestionowanego świadczenia – w ZIP)

- Data (daty pobytu) udzielonego świadczenia.....
- Miejsce udzielenia świadczenia (nazwa, adres).....
.....
.....
- Produkt rozliczeniowy
.....
.....
- Stwierdzone nieprawidłowości.....
.....
.....
.....
- Dodatkowe uwagi.....
.....
.....
.....

Oświadczam, że podane w niniejszym zgłoszeniu dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....

(czytelny podpis)

¹ pozycja usprawniająca kontakt - pozycja nieobowiązkowa