

ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO														
Numer ewidencyjny zlecenia:														
WYPEŁNIENIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	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	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>												
	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* <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>														
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														
<small>* Zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).</small>														

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE	<p>V. POTWIERDZENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</p> <p>_____</p> <p>Data przyjęcia do realizacji</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne</p> <p>Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa)</p> <p>.....</p> <p>Opis przeprowadzonej naprawy wraz ze specyfikacją:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Na wyżej wymienioną naprawę udzielam okresu gwarancji.</p> <p>Cena naprawy wyrobu medycznego</p> <p>.....</p> <p>Potwierdzam naprawę wyrobu medycznego, wykonaną zgodnie ze zleceniem.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">Data, pieczętka i podpis podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne</p>
	<p>WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA</p> <p>VI. POTWIERDZENIE ODBIORU</p> <p>Potwierdzam odbiór naprawionego wyrobu medycznego</p> <p>_____</p> <p>Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">podpis osoby odbierającej**</p> <p>** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.</p>