

UPOWAŻNIAJĄCY*:

Imię i nazwisko

Nr PESEL

Nr dowodu osobistego

Adres zamieszkania

UPOWAŻNIONY (składający zlecenie w OW NFZ):

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 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 konieczności 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 59/2016/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 powierzył).**”

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.