


WZÓR

 NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI	WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ, BĘDĄCYCH ŚWIADCZENIAMI GWARANTOWANYMI, UDZIELONYCH NA TERYTORIUM INNEGO NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ - NA PODSTAWIE ART. 42b USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
--	--

**UWAGA: NALEŻY WYPEŁNIĆ POLA CZYTELNI PISMEM MASZYNOWYM
LUB ODRĘCZNIE DRUKOWANYMI LITERAMI.**

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ

data wpływu wniosku, pieczęć właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ 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	PESEL											
1.5	Adres miejsca zamieszkania:																		
	Państwo					Miejscowość					Kod pocztowy								
	Ulica							Nr domu				Nr lokalu							
1.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):																		
	Państwo					Miejscowość					Kod pocztowy								
	Ulica							Nr domu				Nr lokalu							
1.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość** <input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> 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	PESEL											
2.5	Adres miejsca zamieszkania:																		
	Państwo					Miejscowość					Kod pocztowy								
	Ulica							Nr domu				Nr lokalu							
2.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):																		
	Państwo					Miejscowość					Kod pocztowy								
	Ulica							Nr domu				Nr lokalu							
2.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość** <input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny				2.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**				2.9	Numer telefonu*								
2.10	Adres poczty elektronicznej*																		

