

**Dyrektor  
Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia**  
ul. ....

**Wniosek o zawarcie umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne  
refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom**

Ja niżej podpisana/y .....

*/imię /imiona/nazwisko wnioskodawcy/*

Nr PESEL: ..... zamieszkała/y .....

*/dokładny adres zamieszkania/*

adres do korespondencji - .....

tel. kontaktowy w godz. 8.00- 16.00 .....

posiadająca/y prawo wykonywania zawodu nr.....

wydane przez Okręgową Izbę Lekarską w .....

specjalizację w zakresie: .....

- stosownie do postanowienia art. 34 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U Nr 210, póź. 2135, z późn. zm.) zwracam się do Dyrektora Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o zawarcie umowy upoważniającej lekarza/ felczera\*, który nie jest lekarzem/ felczerem\* ubezpieczenia zdrowotnego, do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom oraz osobom korzystającym z uprawnień do świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji.

Przedmiotem umowy będzie:

- 1) wystawianie refundowanych recept pro auctore, pro familiae\*;
- 2) wystawianie refundowanych recept w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej\*;
- 3) wystawianie refundowanych recept w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej\*;
- 4) wystawianie refundowanych recept w ramach grupowej praktyki lekarskiej\*;
- 5) wystawienie refundowanych recept w ramach zakładu opieki zdrowotnej\*;
- 6) wystawienie refundowanych recept w punkcie felczerskim\*.

\* niewłaściwe skreślić

**Wykaz załączników:**

1. Kserokopia dokumentu stwierdzającego wpis do rejestru praktyki prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską\*\*.
2. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza/ felczera.
3. Kserokopia numeru REGON\*\*

..... dnia.....

.....  
podpis i pieczęć wnioskodawcy

\*\* o ile dotyczy wystawiania recept w ramach praktyki lekarskiej.

**Oświadczenie**

**-zgoda na przetwarzanie danych osobowych –**

Dla celów związanych z realizacją umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom, kontrolą jej wykonywania oraz na wypadek zaginięcia lub sfalszowania pieczęćki imiennej, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, Centralę oraz inne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia, a także Okręgowe Izby Aptekarskie i Okręgowe Izby Lekarskie.

Szczecin, dnia.....

.....  
podpis i pieczęć wnioskodawcy