

ZLECENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO											
	Numer ewidencyjny zlecenia:.....										
WYPEŁNIA 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; vertical-align: middle;"><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></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; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><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	V. POTWIERDZENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY <p>_____</p> <p>Data przyjęcia do realizacji _____ Pieczęć podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne</p> <p>Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa)</p> <p>Opis przeprowadzonej naprawy wraz ze specyfikacją:</p> <p>Na wyżej wymienioną naprawę udzielam okresu gwarancji.</p> <p>Cena naprawy wyrobu medycznego</p> <p>Potwierdzam naprawę wyrobu medycznego, wykonaną zgodnie ze zleceniem.</p> <p>_____</p> <p>Data, pieczęć i podpis podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne</p>
	WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA VI. POTWIERDZENIE ODBIORU Potwierdzam odbiór naprawionego wyrobu medycznego <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>_____</p> <p>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>