



<b>WYPEŁNIA PRACOWNIK ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA</b>	<b>IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM</b> Kod tytułu uprawnienia ..... Kod tytułu uprawnienia dodatkowego ..... nr dokumentu ..... Nazwa i numer oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia: ..... Limit finansowania ze środków publicznych ..... Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia .....% Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji ..... ..... Data potwierdzenia zlecenia .....
	_____ <b>Pieczętka i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b>
<b>WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE</b>	<b>V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY</b>  _____ <b>Data przyjęcia do realizacji</b>
	_____ <b>Pieczętka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca udzielania świadczeń wraz z numerem umowy z NFZ</b>
	Liczba sztuk ..... Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) ..... ..... .....
	Cena detaliczna wyrobu medycznego ..... Kwota refundacji ..... Dopłata świadczeniobiorcy .....
	Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem  _____ <b>Data, pieczętka i podpis osoby realizującej zlecenie</b>
Potwierdzam odbiór wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem  _____ <b>Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej (wypełnić drukowanymi literami)</b>  _____ <b>podpis osoby odbierającej***</b>	
*** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.	