

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. (poz. 1678)

Załącznik nr 2

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
	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* <input type="text"/> / <input type="text"/>	
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 pieczęćka 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 _____</p> <p>Pieczętka 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, pieczętka i podpis podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne</p>
WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA	VI. POTWIERDZENIE ODBIORU
	<p>Potwierdzam odbiór naprawionego wyrobu medycznego</p> <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>