


Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 4 listopada 2014 r. (poz. 1538)

WZÓR

| | |
|--|---|
|  NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI | WNIOSK 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 CZYTELNIE 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* | | | | | | | | | | |

| 3. Termin i państwo udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej (należy wypełnić wszystkie pola) | | | | | |
|--|---|--------|------------------|---|--------|
| 3.1 | Świadczenie zostało udzielone w terminie od do | 3.2 | Państwo | | |
| 4. Informacja dotycząca decyzji w sprawie udzielenia uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ | | | | | |
| 4.1 | Czy świadczenie, którego dotyczy wniosek, zostało uzyskane na podstawie uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ? <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE (zaznaczyć właściwe) W przypadku zaznaczenia „TAK” należy podać numer decyzji: | | | | |
| 5. Dodatkowe informacje | | | | | |
| 5.1 | Za świadczenia wskazane w przedstawionych rachunkach zapłacono łącznie kwotę: w walucie | | | | |
| 6. Do wniosku załączam następujące dokumenty (zaznaczyć właściwe) | | | | | |
| Poz. | Rodzaj dokumentu | Liczba | Poz. | Rodzaj dokumentu | Liczba |
| 6.1 | <input type="checkbox"/> oryginal rachunku (wraz z tłumaczeniem) | | 6.5 | <input type="checkbox"/> kopia recepty (wraz z tłumaczeniem, jeżeli recepta została wystawiona w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej) | |
| 6.2 | <input type="checkbox"/> oryginal potwierdzenia zapłaty (wraz z tłumaczeniem) | | 6.6 | <input type="checkbox"/> oryginal lub kopia zlecenia na wyroby medyczne (wraz z tłumaczeniem jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej) | |
| 6.3 | <input type="checkbox"/> oryginal lub kopia skierowania (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej) | | 6.7 | <input type="checkbox"/> oryginal lub kopia zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego (wraz z tłumaczeniem, jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej) | |
| 6.4 | <input type="checkbox"/> oryginal lub kopia potwierdzonego skierowania na leczenie uzdrowiskowe (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej) | | 6.8 | <input type="checkbox"/> zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do programu lekowego | |
| | | | 6.9 | <input type="checkbox"/> inne dokumenty medyczne (wraz z tłumaczeniem) | |
| 7. Preferowany sposób otrzymania zwrotu kosztów (zaznaczyć właściwe) | | | | | |
| 7.1 | <input type="checkbox"/> Na rachunek bankowy | | | | |
| | <input type="checkbox"/> w Rzeczypospolitej Polskiej: | | | | |
| | Nr rachunku: | | | | |
| | <input type="checkbox"/> poza Rzeczpospolitą Polską: | | | | |
| | IBAN/Numer rachunku | | | | |
| | Kod BIC/SWIFT: | | | | |
| | Dane posiadacza rachunku bankowego (uzupełnić w przypadku gdy są inne niż dane Wnioskodawcy): | | | | |
| Imię | Nazwisko | Adres | | | |
| 7.2 | <input type="checkbox"/> Przekazem pocztowym na wskazany poniżej adres: | | | | |

* Wypełnić w przypadku posiadania.

** Pola 1.7, 1.8, 2.7 i 2.8 należy wypełnić w razie braku numeru PESEL.

OŚWIADCZENIE

Świadomy/ świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

.....
Data wypełnienia wniosku (DD/ MM/ RRRR).....
Czytelny podpis Wnioskodawcy lub osoby upoważnionej