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

WZÓR

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA **……** **ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI**	**WNIOSEK 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** ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ 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** ☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ 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? ☐ TAK ☐ 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	☐ **oryginał rachunku** (wraz z tłumaczeniem)		6.5	☐ **kopia recepty** (wraz z tłumaczeniem, jeżeli recepta została wystawiona w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)	
6.2	☐ **oryginał potwierdzenia zapłaty** (wraz z tłumaczeniem)		6.6	☐ **oryginał lub kopia zlecenia na wyroby medyczne** (wraz z tłumaczeniem jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)	
6.3	☐ **oryginał lub kopia skierowania** (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		6.7	☐ **oryginał lub kopia zlecenia na przejazd środkami transportu sanitarnego** (wraz z tłumaczeniem, jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)	
6.4	☐ **oryginał lub kopia potwierdzonego skierowania na leczenie uzdrowiskowe** (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		6.8	☐ **zaświadczenie świadczeniodawcy potwierdzające zakwalifikowanie do programu lekowego**	
			6.9	☐ **inne dokumenty medyczne** (wraz z tłumaczeniem)	

7. Preferowany sposób otrzymania zwrotu kosztów (zaznaczyć właściwe)			
7.1	☐ Na rachunek bankowy		
	☐ w Rzeczypospolitej Polskiej:		
	Nr rachunku:		
	☐ poza Rzecząpospolitą 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	☐ 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