

Wniosek o wyrażenie zgody płatnika na sfinansowanie świadczenia wskazanego w katalogu procedur szpitalnych jako "Świadczenie za zgodą płatnika" w ramach wartości zawartej umowy

Do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Adres:

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:

Nazwa	<input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Numer umowy z NFZ	<input type="text"/>

Dane świadczeniobiorcy (ubezpieczonego)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	Imię	Liczba świadczeniobiorców

Pesel

<input type="text"/>
numer pesel

Data urodzenia

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
rok	miesiąc	dzień

Adres zamieszkania

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
miejsowość	kod pocztowy	ulica	nr domu

Oddział NFZ ubezpieczonego

<input type="text"/>
kod oddziału

Opis świadczenia wraz z uzasadnieniem medycznym zastosowania procedury

<input type="text"/>

Koszt świadczenia (zgodnie z załączoną specyfikacją kosztową)

<input type="text"/>

Planowany termin realizacji świadczenia

<input type="text"/>

data

podpis i pieczęć wnioskującego

Adnotacja Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ (niewłaściwe skreślić)

Wyrażono zgodę na realizację wniosku

na kwotę:

<input type="text"/>
data

<input type="text"/>
podpis

Nie wyrażono zgody na realizację ww. wniosku

<input type="text"/>
data

<input type="text"/>
podpis