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* | | / | | | |

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 pieczątka pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

* 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.).

WYPEŁNIA PODMIOT REALIZUJĄCY CZYNNOŚCI Z ZAKRESU ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE

V. POTWIERDZENIE NAPRAWY WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

Data przyjęcia do realizacji

Pieczątka podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne

Dane dotyczące wyrobu medycznego (wytwórca, model, nazwa handlowa) .....
.....

Opis przeprowadzonej naprawy wraz ze specyfikacją: .....
.....
.....
.....
.....
.....

Na wyżej wymienioną naprawę udzielam ..... okresu gwarancji.

Cena naprawy wyrobu medycznego .....

Potwierdzam naprawę wyrobu medycznego, wykonaną zgodnie ze zleceniem.

Data, pieczątka i podpis podmiotu realizującego czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne

WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA

VI. POTWIERDZENIE ODBIORU

Potwierdzam odbiór naprawionego wyrobu medycznego

Data odbioru, imię i nazwisko, numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby odbierającej
(wypełnić drukowanymi literami)

podpis osoby odbierającej**

** W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również faksymile podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.