


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 CZYTELNI 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"/> oryginał 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"/> oryginał potwierdzenia zapłaty (wraz z tłumaczeniem)		6.6	<input type="checkbox"/> oryginał lub kopia zlecenia na wyroby medyczne (wraz z tłumaczeniem jeżeli zlecenie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)	
6.3	<input type="checkbox"/> oryginał lub kopia skierowania (wraz z tłumaczeniem, jeżeli skierowanie zostało wystawione w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej)		6.7	<input type="checkbox"/> oryginał 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"/> oryginał 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