Załącznik do zarządzenia Nr 31/2014/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 czerwca 2014 r.

Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r.

.....

.....

Dane osoby wnioskującej
(imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

.....

.....

(Oznaczenie świadczeniodawcy z nr umowy z NFZ)

WNIOSEK O AKCEPTACJĘ REALIZACJI TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ

(na odległość tam i z powrotem, powyżej 120 km)

Zwracam się o akceptację realizacji przewozu w ramach transportu sanitarnego w POZ dla

……., numer PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|,

zamieszkałego w: ……

znajdującego się na liście świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz:

…….....
(imię i nazwisko lekarza)

celem przewiezienia do

…….

i z powrotem*, w związku z zakończeniem/ koniecznością kontynuacji* leczenia.

Uzasadnienie wniosku

……

……

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis osoby wnioskującej

Załączniki:

- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych *
- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

Potwierdzam zasadność realizacji świadczenia transportu sanitarnego we wskazanym powyżej zakresie oraz wskazuję, jako realizatora przewozu ……..……..

……..
(Dane świadczeniodawcy realizującego transport sanitarny z nr telefonu)

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczątka lekarza POZ

**niepotrzebne skreślić*

Data akceptacji wniosku w OW NFZ

…….. ……..……

(podpis i pieczątka przyjmującego wniosek)