

1 Tą część wypełnia NFZ

2 Tą część wypełnia NFZ

3 Tą część wypełnia NFZ

4 Tą część wypełnia NFZ

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE KARTA POTWIERDZENIA UPRAWNIENIA NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE PRZYSŁUGUJĄCE COMIESIĘCZNIE*	
Numer ewidencyjny zlecenia	1
Pieczątką oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia	
<b>I. DANE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	
Nazwisko i imię:	3
Adres zamieszkania	
Kod pocztowy:	Miejscowość:
Ulica	nr domu m.
Numer PESEL, a w przypadku jego braku nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość:	4
Kod tytułu uprawnienia:	5
Kod tytułu uprawnienia dodatkowego:	Numer dokumentu:
Data ważności karty od	do
(miesiąc, rok)	(miesiąc, rok)
<b>II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO**</b>	
Liczba porządkowa wyrobu medycznego	6
Liczba sztuk:	
Określenie wyrobu medycznego:	
7	
Pieczątką i podpis pracownika oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia	
<small>*Potwierdzenie uprawnienia do zaopatrzenia comiesięcznego wystawia oddział wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy. ** 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.).</small>	

5 Tą część wypełnia NFZ

6 Tą część wypełnia NFZ

7 Tą część wypełnia NFZ

POTWIERDZENIE WYSTAWIONYCH ZLECEŃ ORAZ ICH REALIZACJI\*\*\* (część B) 2/2

lp.	Data wystawienia zlecenia	Nazwa wyrobu medycznego	Liczba sztuk	Zaopatrzenie dotyczy miesiąca (nazwę miesiąca wpisać słownie)	Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia lub kontynuacji zlecenia****	Data realizacji Pieczętka i podpis osoby realizującej świadczenie
	8	9	10	11	12	13
	14	15	16	17	18	19
	<b>UWAGA!</b>					
	<b>Lekarz lub osoba uprawniona musi dokonać wpisu w tym miejscu zlecenia za każdym razem gdy wypełnia część „A” zlecenia</b>					

\*\*\* Potwierdzenie wystawionych zleceń oraz ich realizacji staje się własnością świadczeniobiorcy.  
\*\*\*\* Przy pierwszym zleceniu, pierwszy wiersz wypełnia pracownik oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

8 Tą część wypełnia NFZ przy pierwszym Zleceniu wstawiając datę wystawienia zlecenia

9 Tą część wypełnia NFZ przy pierwszym Zleceniu wstawiając Nazwę wyrobu medycznego

10 Tą część wypełnia NFZ przy pierwszym Zleceniu wstawiając Liczbę sztuk objętych Zleceniem

11 Tą część wypełnia NFZ przy pierwszym Zleceniu wstawiając nazwy miesięcy słownie, których dotyczy Zlecenie

12 Tą część wypełnia NFZ przy pierwszym Zleceniu wstawiając pieczętką i podpis osoby uprawnionej do wystawienia Zlecenia

13 Pieczętka i podpis osoby realizującej Zlecenie

14 Data wystawienia zlecenia

15 Nazwa wyrobu medycznego

16 Liczba sztuk objętych Zleceniem

17 Nazwa miesiąca słownie, których dotyczy Zlecenie

18 Podpis osoby uprawnionej do wystawienia lub kontynuacji Zlecenia

19 Pieczętka i podpis osoby realizującej Zlecenie