

ZLECENIE NA ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE\*

Numer ewidencyjny zlecenia: .....

Pieczętka lub nadruk zawierające dane adresowe przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/praktyki zawodowej wraz z numerem REGON oraz numerem umowy z NFZ

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:

Grid for PESEL number

II. OKREŚLENIE WYROBU MEDYCZNEGO\*\*

Liczba porządkowa wyrobu medycznego

Form for order number: 2 / 1 1 6

liczba sztuk ..... 1 .....

Określenie wyrobu medycznego wraz z pisemnym uzasadnieniem (np. według klasyfikacji ICD-10): L. B9

PODUSZKA PRZEWODUŁEŻYNOWA PNEUMATYCZNA

Zaopatrzenie:

prawostronne

lewostronne

nie dotyczy

Soczewki okularowe korekcyjne

Table with columns: Sfera, Cylinder, Oś, Pryzma, and rows for distance and near vision.

III. DODATKOWE WSKAZANIA ZLECAJĄCEGO ZAOPATRZENIE: .....

Miesiąc, którego dotyczy zaopatrzenie comiesięczne: .....

Data wystawienia zlecenia

Pieczętka i podpis osoby uprawnionej do wystawienia zlecenia lub kontynuacji zaopatrzenia wraz z numerem prawa wykonywania zawodu

\* Zlecenie na zaopatrzenie comiesięczne może być wystawione na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące.

\*\* 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 OSOBA UPRAWNIONA DO WYSTAWIENIA ZLECENIA LUB KONTYNUACJI ZAOPATRZENIA