

..... ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ  
W .....

**KARTA ZAOPATRZENIA COMIESIĘCZNEGO Nr.....**

.....  
pieczęć oddziału wojewódzkiego NFZ

**Dane świadczeniobiorcy**

1. Nazwisko	<input type="text"/>
2. Imię	<input type="text"/>
3. PESEL	<input type="text"/>
4. Nr karty ubezpiecz. zdr.	<input type="text"/>
5. Nr dokumentu potwierdzającego uprawnienia	<input type="text"/>
6. Miejscowość	<input type="text"/>
7. Kod pocztowy	<input type="text"/> - <input type="text"/>
8. Ulica	<input type="text"/>
9. Nr domu	<input type="text"/> nr mieszkania <input type="text"/>

Karta upoważnia do korzystania z zaopatrzenia w refundowane środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie ujęte w stosownym rozporządzeniu ministra właściwego ds. zdrowia.

Termin ważności karty od:   -   -

Termin ważności karty do:

D D      M M      R R R R

KOD TYTUŁU UPRAWNIENIA

Środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, cewniki, sprzęt stomijny, worki do zbiórki moczu, zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych.

Data wystawienia zlecenia	Kod środka	Nazwa środka pomocniczego	Liczba sztuk	Okres użytkowania	Pieczętka i podpis lekarza wystawiającego zlecenie	Data realizacji Pieczętka i podpis świadczeniodawcy realizującego zlecenie