

WYPEŁNIA ŚWIADCZENIOBIORCA	<p>Zlecenie na wykonanie naprawy przedmiotu ortopedycznego nr _____</p> <p>Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na refundowaną przez NFZ naprawę:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>nazwa przedmiotu ortopedycznego wraz z opisem uszkodzenia</i></p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;"><i>data i podpis Świadczeniobiorcy</i></p>
WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ	<p>Imię i nazwisko _____</p> <p>PESEL _____</p> <p>Naprawa przedmiotu _____</p> <p style="text-align: center;"><i>nazwa przedmiotu</i></p> <p>Kod przedmiotu: _____</p> <p>Nr zlecenia ORT POM nadany przez system informatyczny NFZ _____</p> <p>Data potwierdzenia _____</p> <p>Powyższy przedmiot ortopedyczny był naprawiany TAK/NIE (właściwie zakreślić)</p> <p>Kwota wykorzystanego limitu na naprawę _____</p> <p>Limit cenowy naprawy _____</p> <p>Zlecenie ważne do _____</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;"><i>Data, podpis i pieczęćka OW NFZ</i></p>

WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA DOKONUJĄCY NAPRAWY

pieczęć Świadczeniodawcy

Data przyjęcia do naprawy

Opis przeprowadzonej naprawy wraz ze specyfikacją:

Cena naprawy: _____, w tym kwota refundacji NFZ _____, dopłata pacjenta: _____.

Na ww. naprawę udzielam _____ okresu gwarancji i oświadczam, że uszkodzenie objęte naprawą nie powstało z winy użytkownika.

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

WYPEŁNIA OSOBA

Potwierdzam odbiór naprawionego przedmiotu ortopedycznego. Nie wnoszę do wykonanej naprawy zastrzeżeń.

data

podpis osoby odbierającej