Załącznik Nr 18 do zarządzenia Nr 69/2007/DSOZ z dnia 25 września 2007 r.
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

.....

.....

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

.....

.....

(Dane świadczeniodawcy POZ z nr umowy z NFZ)

WNIOSEK O ZLECENIE TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ

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

Zwracam się o zlecenie transportu sanitarnego dla ……

……., numer PESEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, zamieszkałego w:

……

znajdującego się na liście świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza

poz…….....

(imię i nazwisko lekarza)

celem przewiezienia z ……..

do …….

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

Uzasadnienie wniosku

……

……

……

....

Miejscowość, data czytelny podpis osoby wnioskującej

<u>Załączniki:</u>

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

Potwierdzam zasadność realizacji świadczenie 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 potwierdzenia wniosku w OW NFZ …… ……..

(Podpis i pieczątka przyjmującego wniosek)