.....

.....

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

.....

.....

(Oznaczenie świadczeniodawcy z nr umowy z NFZ)

WNIOSEK O AKCEPTACJĘ REALIZACJI TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ

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

Zwracam się o akceptację realizacji przewozu w ramach transportu sanitarnego w POZ dla

……., numer PESEL

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, zamieszkałego w:

……

znajdującego się na liście świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz:

…….....
(imię i nazwisko lekarza)

celem przewiezienia do

……

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

Uzasadnienie wniosku

……

……

…….
miejscowość, data

…….
czytelny podpis osoby wnioskującej

Załączniki:

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

Potwierdzam zasadność realizacji świadczenia 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

Data akceptacji wniosku w OW NFZ

……..

……..……

(podpis i pieczątka przyjmującego wniosek)

**niepotrzebne skreślić*