

Wniosek o wyrażenie zgody płatnika na sfinansowanie świadczenia wskazanego w katalogu procedur szpitalnych jako "Hospitalizacja za zgodą płatnika" w ramach wartości zawartej umowy

Do Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Adres:

Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:

Nazwa	
Adres	
Numer umowy z NFZ	

Dane świadczeniobiorcy (ubezpieczonego)

Nazwisko	Imię

Pesel

numer pesel

Data urodzenia

rok	miesiąc	dzień

Adres zamieszkania

mięscowość	kod pocztowy	ulica	nr domu	

Oddział NFZ ubezpieczonego

kod oddziału

Opis świadczenia wraz z uzasadnieniem medycznym zastosowania procedury

--

Szacowany koszt świadczenia

--

Planowany termin realizacji świadczenia

--

data

podpis i pieczętka wnioskującego

Decyzja Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ (niewłaściwe skreślić)

Wyrażono zgodę na realizację ww. wniosku

data

podpis

Nie wyrażono zgody na realizację ww. wniosku

data

podpis