Załącznik Nr 8 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2022 r.

**WNIOSEK O AKCEPTACJĘ REALIZACJI TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ  
(na odległość tam i z powrotem, powyżej 120 km)**

**.........................................................**

**.........................................................**

Dane osoby wnioskującej

(imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

**................................................................**

**................................................................**

(Oznaczenie świadczeniodawcy z nr umowy z NFZ)

Zwracam się o akceptację realizacji przewozu w ramach transportu sanitarnego w POZ dla …………………………….………………………………., numer PESEL I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I, 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 |  | Oznaczenie lekarza POZ |
|  | | |
| **Data akceptacji wniosku w OW NFZ** | | |
| .................................................... |  | .................................................... |
|  |  | Oznaczenie przyjmującego wniosek w OW NFZ |

***\*****niepotrzebne skreślić*