


WZÓR

 PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELONYCH NA TERYTORIUM INNEGO NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ LUB EUROPEJSKIEGO OBSZARU GOSPODARCZEGO – NA PODSTAWIE ART. 42b USTAWY Z DNIA 27 SIERPNI 2004 r. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
---	--

UWAGA:

- Wniosek składany w postaci papierowej należy wypełnić czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami.
- Wniosek w postaci elektronicznej jest składany w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ)

Data wpływu wniosku i podpis osoby przyjmującej wniosek:	Nr wniosku:
--	-------------

CZĘŚĆ 2 – WYPEŁNIANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek*											
1.1	Nazwisko					1.2	Imię (imiona)				
1.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)					1.4	PESEL				
Adres miejsca zamieszkania:											
1.5	Państwo		Miejscowość			Kod pocztowy					
Ulica					Nr domu		Nr lokalu				
Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):											
1.6	Państwo		Miejscowość			Kod pocztowy					
Ulica					Nr domu		Nr lokalu				
1.7	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość (zaznaczyć właściwe)			1.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość			1.9	Numer telefonu**		
<input type="checkbox"/> Dowód osobisty			<input type="checkbox"/> Paszport			<input type="checkbox"/> Inny					
1.10	Adres poczty elektronicznej**										
2. Dane przedstawiciela ustawowego (jeżeli wniosek składa przedstawiciel)*											
2.1	Nazwisko					2.2	Imię (imiona)				
2.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)					2.4	PESEL				
Adres miejsca zamieszkania:											
2.5	Państwo		Miejscowość			Kod pocztowy					
Ulica					Nr domu		Nr lokalu				
Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):											
2.6	Państwo		Miejscowość			Kod pocztowy					
Ulica					Nr domu		Nr lokalu				

OŚWIADCZENIE

Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

Miejscowość:

Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek w postaci papierowej:

.....

Kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek w postaci elektronicznej: