

W Z Ó R

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego , dnia
.....
Narodowego Funduszu Zdrowia
Postępowanie kontrolne nr.....

Upoważnienie Nr

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135), upoważniam:

Pana/Panią.....
.....,

(imię i nazwisko)

pracownika.....

.....,
(wydział, departament)
do przeprowadzenia

kontroli.....

.....
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego – pełna nazwa i adres)

..... w zakresie

.....,
celem.....

.....Przewidywany termin przeprowadzenia kontroli

.....
(dzień, miesiąc, rok; ilość dni)

Ważność upoważnienia upływa z dniem i nie może być przenoszone na osoby trzecie.

Upoważnienie niniejsze jest ważne za okazaniem legitymacji służbowej lub dokumentu tożsamości.

.....
data, podpis i pieczęć dyrektora
właściwej jednostki organizacyjnej
NFZ

Ważność upoważnienia przedłużyć się do
dnia.....

.....
data, podpis i pieczęć dyrektora
właściwej jednostki organizacyjnej
NFZ