

..... ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ

**W** .....

**KARTA ZAOPATRZENIA COMIESIĘCZNEGO Nr.....**

.....

pieczęć oddziału wojewódzkiego NFZ

**Dane świadczeniobiorcy**

1. Nazwisko	<input type="text"/>
2. Imię	<input type="text"/>
3. PESEL	<input type="text"/>
4. Nr karty ubezpiecz. zdr.	<input type="text"/>
5. Nr dokumentu potwierdzającego uprawnienia	<input type="text"/>
6. Miejscowość	<input type="text"/>
7. Kod pocztowy	<input type="text"/> - <input type="text"/>
8. Ulica	<input type="text"/>
9. Nr domu	<input type="text"/> nr mieszkania <input type="text"/>

Karta upoważnia do korzystania z zaopatrzenia w refundowane środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie ujęte w stosownym rozporządzeniu ministra właściwego ds. zdrowia.

Termin ważności karty od:  -  -

Termin ważności karty do:

D D     M M     R R R R

