**Narodowy Fundusz Zdrowia**

……………………………………………*miejscowość, dnia*

egz. nr …..

**UPOWAŻNIENIE**

nr ……….

dotyczące: korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców

Upoważniam podmiot:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (nazwa\*)

o numerze identyfikacyjnym \*\*………………………………………………..

do:

- korzystania z usługi świadczonej przez system teleinformatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 670, z późn. zm.), umożliwiającej występowanie do Narodowego Funduszu Zdrowia o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń (usługa Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców),

- upoważniania do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców osób, którym powierzane jest wykonywanie zadań w zakresie występowania w imieniu podmiotu do Narodowego Funduszu Zdrowia o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń.

………………………………………………………..

*pieczęć i podpis*

\*w przypadku: 1) świadczeniodawcy: nazwa świadczeniodawcy;

2) niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.): imię i nazwisko.

\*\*w przypadku: 1)świadczeniodawcy: numer identyfikacyjny świadczeniodawcy;

2) niebędącej świadczeniodawcą osoby uprawnionej w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.): nr PESEL.