

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 4 marca 2021 r. (poz. 429)

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	Numer PESEL				
1.5	Adres miejsca zamieszkania:										
	Państwo		Miejscowość				Kod pocztowy				
	Ulica				Nr domu			Nr lokalu			
1.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):										
	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**		
	☐ Dowód osobisty ☐ Paszport ☐ 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	Numer PESEL				
2.5	Adres miejsca zamieszkania:										
	Państwo		Miejscowość				Kod pocztowy				
	Ulica				Nr domu			Nr lokalu			
2.6	Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):										
	Państwo		Miejscowość				Kod pocztowy				
	Ulica				Nr domu			Nr lokalu			

**** Zamiast załączania kopii recepty należy podać klucz dostępu do recepty lub pakietu recept składający się z 44 cyfr – w przypadku, gdy recepta transgraniczna została wystawiona w postaci elektronicznej.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

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:

* Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517).