

.....
.....
Dane osoby wnioskującej
(imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

.....
.....
(Oznaczenie świadczeniodawcy z nr umowy z NFZ)

**WNIOSEK O AKCEPTACJĘ REALIZACJI TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ
(na odległość tam i z powrotem, powyżej 120 km)**

Zwracam się o akceptację realizacji przewozu w ramach transportu sanitarnego w POZ dla
....., numer PESEL

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|, zamieszkałego w:

.....
znajdującego się na liście świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz:

.....
(imię i nazwisko lekarza)

celem przewiezienia do

.....
i z powrotem*, w związku z zakończeniem/ koniecznością kontynuacji* leczenia.

Uzasadnienie wniosku

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis osoby wnioskującej

Załączniki:

- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych*
- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*

**Potwierdzam zasadność realizacji świadczenia transportu sanitarnego we wskazanym
powyżej zakresie oraz wskazuję, jako realizatora przewozu**

.....
(Dane świadczeniodawcy realizującego transport sanitarny z nr telefonu)

.....
Miejscowość, data

.....
podpis i pieczętka lekarza POZ

Data akceptacji wniosku w OW NFZ

.....
(podpis i pieczętka przyjmującego wniosek)