

.....

 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 pieczęć lekarza POZ

Data akceptacji wniosku w OW NFZ

.....
 (podpis i pieczęć przyjmującego wniosek)

*niepotrzebne skreślić