

## IV. POTWIERDZENIE UPRAWNIENIA DO ZAOPATRZENIA WNIOSKOWANYM WYROBEM MEDYCZNYM

Kod tytułu uprawnienia .....

Limit finansowania ze środków publicznych ..... Refundacja Narodowego Funduszu Zdrowia .....%

## Przyczyna odmowy potwierdzenia prawa do refundacji

.....  
Data potwierdzenia zlecenia

## V. POTWIERDZENIE ODBIORU WYROBU MEDYCZNEGO U ŚWIADCZENIODAWCY

[illegible]

zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym adres miejsca

Cena detaliczna wyrobu medycznego ..... Kwota refundacji ..... Doplata świadczeniobiorcy .....

Potwierdzam wydanie wyrobu medycznego zgodnie ze zleceniem

[illegible]

podpis osoby odbierającej\*\*\*

podpis osoby odbierającej\*\*\*

\*\*\* W przypadku osoby niewidomej formą potwierdzenia odbioru może być również taksymlie podpisu złożona w obecności osoby wydającej wyrób medyczny.

podpis osoby odbierającej\*\*\*