

....., dnia .....

**Dyrektor**

..... Oddziału Wojewódzkiego  
**Narodowego Funduszu Zdrowia**

Nr identyfikacyjny w OW NFZ (jeżeli został nadany) .....

**Wniosek o zawarcie:**

**umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych na leki, środki spożywcze  
specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane  
ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom**

Ja, niżej podpisana/y: .....

*/imię /imiona/ nazwisko wnioskodawcy/*

zamieszkała/y: .....

adres do korespondencji:.....

*/dokładny adres do korespondencji/*

nr telefonu kontaktowego: .....

adres e'mail: .....

Nr PESEL: .....

*/dokładny adres zamieszkania/*

posiadająca/y prawo wykonywania zawodu .....

*/lekarz, lekarz dentyista, felczer, starszy felczer/*

nr .....

wydane w dniu .....przez: .....

oraz specjalizację ..... stopnia w zakresie: .....

oraz specjalizację ..... stopnia w zakresie: .....

oraz specjalizację ..... stopnia w zakresie: .....

*/należy wpisać wszystkie posiadane specjalizacje/*

stosownie do postanowienia art. 48 ustawy z dnia 12 maja 2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696), zwracam się do Dyrektora ..... Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia o zawarcie umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom.

Oświadczam, że nie jestem osobą prawomocnie skazaną za przestępstwo określone w art. 54 ust. 2-5 ustawy refundacyjnej lub art. 228-230, art. 286 lub art. 296a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów związanych z realizacją umowy upoważniającej do wystawiania recept refundowanych na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom, jej kontroli oraz potrzeb ewidencji i sporządzania informacji medycznej. Zgoda obejmuje również przetwarzanie danych w przyszłości.

Świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji, na zasadach określonych w art. 233 § 1 k.k., oświadczam, że wszystkie dane we wniosku i załącznikach zostały wpisane prawidłowo, zgodnie ze stanem na dzień jego sporządzenia.

.....  
Data, podpis i pieczęć wnioskodawcy

**Wykaz załączników:**

1. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, felczera, starszego felczera.
2. Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane specjalizacje i ich zakres.
3. Kserokopia dokumentu stwierdzającego wpis do księgi rejestrowej praktyki zawodowej w Okręgowej Izbie Lekarskiej/Naczelnej Izbie Lekarskiej/Wojskowej Izbie Lekarskiej jako:
  - indywidualna praktyka lekarska
  - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania
  - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska
  - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania
  - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem
  - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem, spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska jako grupowa praktyka lekarska, punkt felcherski
4. Kserokopia numeru REGON (*jeśli dotyczy*).
5. Kserokopia wpisu do ewidencji podmiotów prowadzących działalność gospodarczą (*jeśli dotyczy*).

.....  
Data, podpis i pieczęć wnioskodawcy