

## WZÓR

### Zapotrzebowanie na sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego nieposiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, niezbędnego dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta

#### Część A

..... dnia ..... r.

.....  
(nazwa wystawiającego zapotrzebowanie)

.....  
(imię, nazwisko, wiek chorego)

.....  
(kod pocztowy, adres)

.....  
(numer telefonu, telefaksu)

.....  
(adres)

.....  
(numer PESEL)

.....  
(nazwa i identyfikator oddziału Funduszu)

(stempel wnioskodawcy)

produkt leczniczy

1)

.....  
(nazwa produktu leczniczego)

2)

.....  
(nazwa powszechnie stosowana)

3)

.....  
(postać farmaceutyczna , dawka)

4)

.....  
(określenie ilości produktu leczniczego)

5)

.....  
(czas trwania kuracji)

6)

.....  
(nazwa wytwórcy)

Wystawiający zapotrzebowanie jest świadomy, że zamawia produkt leczniczy niedopuszczony do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; przedmiotowy produkt leczniczy będzie stosowany na odpowiedzialność wystawiającego zapotrzebowanie.

.....  
(podpis i pieczęć lekarza prowadzącego leczenie)\*

.....  
(podpis i pieczęć dyrektora szpitala lub osoby  
upoważnionej przez dyrektora szpitala)\*

.....  
(podpis i pieczęć konsultanta z danej dziedziny medycyny)

.....  
\* wypełnić jeżeli dotyczy

## Część B

### Potwierdzenie przez ministra właściwego do spraw zdrowia

.....  
Nr potwierdzenia nadany przez  
ministra właściwego do spraw zdrowia

a) potwierdzam, że względem produktu leczniczego nie zaszły okoliczności, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy - Prawo farmaceutyczne\*\*

b) potwierdzam, że względem produktu leczniczego zaszły okoliczności uniemożliwiające sprowadzenie z zagranicy, o których mowa w art. 4 ust. 3 ustawy - Prawo farmaceutyczne\*\* polegające na:

.....  
.....  
.....

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

.....

(podpis i pieczęć ministra właściwego do spraw zdrowia)

#### Objaśnienie oznaczeń:

Część A – wypełnia lekarz prowadzący leczenie

Część B - wypełnia minister właściwy do spraw zdrowia

---

## Część C- wypełnić tylko w przypadku wystąpienia z wnioskiem o refundację

### Potwierdzenie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia okoliczności, o których mowa w art. 36 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

a) wyrażenie zgody na objęcie refundacją produktu leczniczego\*\*

b) odmowa wyrażenia zgody na objęcie refundacją produktu leczniczego\*\*

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

.....  
(podpis Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia)

.....  
(pieczęć Narodowego Funduszu Zdrowia)

---

\*\* niepotrzebne skreślić