

Pieczęć Świadczeniodawcy , dnia.....

Wniosek o wypłatę wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym**DO DYREKTORA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NFZ.****Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:**Nazwa i adres:.....
.....
.....
.....**Dane świadczeniobiorcy**

Nazwisko i imię.....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data urodzenia:

		-			-						
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Miejscowość: Kod pocztowy:-.....

ulica: nr domu

Dane kliniczne:

Rozpoznanie kliniczne (w języku polskim) –

.....
.....ICD 10 – kod
czteroznakowy:

			.		
--	--	--	---	--	--

Wykaz udzielonych niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....**Termin udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej:**

od do

Opis okoliczności udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej uzasadniających ich sfinansowanie ze środków publicznych:.....
.....

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

Uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej (kwota w zł/gr):	
---	--

.....
data podpis i pieczętka lekarza udzielającego świadczeń	podpis i pieczęć osoby reprezentującej jednostkę

Decyzja Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ (niewłaściwe skreślić)

Wyrażono zgodę na realizację ww. wniosku		
	Data	podpis
Nie wyrażono zgody na realizację ww. wniosku		
	Data	podpis