



Pieczęć podmiotu leczniczego / praktyki
zawodowej

Wniosek o pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych

Instrukcja wypełniania

Ten wniosek wypełnia Twój lekarz, jeżeli:

- jesteś po wypadku przy pracy lub masz chorobę zawodową,
- poniesiesz w związku z tym koszty świadczeń zdrowotnych z zakresu stomatologii i szczepień ochronnych,
- chcesz otrzymać zwrot tych kosztów.

Do wniosku dołącz:

- protokół powypadkowy albo kartę wypadku (po wypadku przy pracy),
- decyzję Państwowej Inspekcji Sanitarnej (w przypadku choroby zawodowej).

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem X
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
4. We wniosku podaj **adres do korespondencji** w tej sprawie

UWAGA: Warunkiem uzyskania zwrotu kosztów świadczeń zdrowotnych jest wykonanie ich przez świadczeniodawców, z którymi dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Dane osoby, której dotyczy wniosek

PESEL

Rodzaj, seria i numer dokumentu
potwierdzającego tożsamość

Jeśli nie masz numeru PESEL, podaj serię i numer innego dokumentu

Imię

Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Nazwa państwa

Podaj, jeśli Twój adres jest inny niż polski

Numer telefonu

Podaj numer telefonu – to ułatwi nam kontakt w Twojej sprawie

