

**Wniosek o wyrażenie zgody płatnika - "Rozliczenie za zgodą płatnika" w ramach wartości zawartej umowy**

Do Dyrektora ..... Oddziału Wojewódzkiego NFZ

Adres: .....

**Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:**

Nazwa	
Adres	
Numer umowy z NFZ	

**Dane świadczeniobiorcy (ubezpieczonego)**

Nazwisko	Imię

**Pesel**

numer pesel

**Data urodzenia**

rok	miesiąc	dzień

**Adres zamieszkania**

miejsowość	kod pocztowy	ulica	nr domu

<b>Oddział NFZ ubezpieczonego</b>	<b>Nazwa zakresu dla grupy podstawowej</b>	<b>Trzyznakowy kod i nazwa grupy podstawowej wyznaczonej w oparciu o charakterystykę JGP</b>
kod oddziału		

<b>Nazwa zakresu dla grupy dodatkowej</b>	<b>Rozpoznanie wg ICD - 10 i/ lub procedury medyczne wg ICD - 9 dla dodatkowego problemu zdrowotnego</b>	<b>Trzyznakowy kod i nazwa grupy dodatkowej wyznaczonej w oparciu o charakterystykę JGP</b>

**Opis świadczenia wraz z uzasadnieniem medycznym**

--

**Koszt świadczenia**

(suma 100% wartości punktowej grupy podstawowej i 60% wartości punktowej grupy dodatkowej, pomnożona przez cenę punktu)

	Trzyznakowy kod grup	Wartość punktowa grup	Wartość punktowa grup do obliczenia kosztu świadczenia
Wartość punktowa grupy podstawowej			0
Wartość punktowa grupy dodatkowej			0
Suma wartości punktowych			0
Cena punktu [zł]			

**Koszt świadczenia**
**Termin realizacji świadczenia finansowanego w ramach dodatkowej grupy**

0,00 zł

data

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

**Adnotacja Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ (\*niewłaściwe skreślić)**

Wyrażono zgodę na realizację wniosku\*

na kwotę: .....

data

podpis

Nie wyrażono zgody na realizację wniosku\*

data

podpis