

6. Placówka opieki medycznej, w której przebywa wnioskodawca, lub państwo, w którym aktualnie przebywa wnioskodawca:

.....
nazwa i adres placówki medycznej

.....
nr telefonu/fax/e-mail

.....
państwo

.....
miejsowość

.....
dnia

.....
podpis osoby składającej wniosek

.....
miejsowość

.....
dnia

.....
podpis osoby przyjmującej wniosek

.....
pieczęć właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu

CZĘŚĆ II²⁾

.....
pieczęć właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu

1. Opinia zagranicznej placówki opieki medycznej, w której przebywa wnioskodawca, dotycząca wymogu zastosowania ściśle określonego środka transportu w aktualnym stanie zdrowia wnioskodawcy:³⁾

2. Środek transportu i koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju:

.....
miejsowość

.....
dnia

.....
podpis, pieczęć dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu

²⁾ Wypełnia właściwy oddział wojewódzki Funduszu, gdy wniosek jest przekazywany do Prezesa Funduszu.

³⁾ Wypełnia właściwy oddział wojewódzki Funduszu po uzyskaniu potwierdzenia zagranicznej placówki opieki medycznej, że stan zdrowia wnioskodawcy wymaga zastosowania ściśle określonego środka transportu.