

Warszawa, dnia 10 września 2020 r.

Poz. 1557

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 3 września 2020 r.

w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju

Na podstawie art. 42d ust. 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, 1492 i 1493) zarządza się, co następuje:

§ 1. Wzór wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym, określa załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.²⁾

Minister Zdrowia: *wz. J. Szczurek-Żelazko*

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1470 i 1541).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2014 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz. U. poz. 1538), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 41 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493).

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 3 września 2020 r. (poz. 1557)

WZÓR

 PREZES NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA	WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELONYCH NA TERYTORIUM INNEGO NIŻ RZECZPOSPOLITA POLSKA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UNII EUROPEJSKIEJ LUB EUROPEJSKIEGO OBSZARU GOSPODARCZEGO – NA PODSTAWIE ART. 42b USTAWY Z DNIA 27 SIERPNI 2004 r. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
---	--

UWAGA:

- Wniosek składany w postaci papierowej należy wypełnić czytelnie pismem maszynowym lub odręcznie drukowanymi literami.
- Wniosek w postaci elektronicznej jest składany w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym.

CZĘŚĆ 1 – WYPEŁNIANA PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ)

Data wpływu wniosku i podpis osoby przyjmującej wniosek:	Nr wniosku:
---	----------------------

CZĘŚĆ 2 – WYPEŁNIANA PRZEZ WNIOSKODAWCĘ

1. Dane osoby, której dotyczy wniosek*											
1.1	Nazwisko					1.2	Imię (imiona)				
1.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)					1.4	PESEL				
Adres miejsca zamieszkania:											
1.5		Państwo			Miejscowość			Kod pocztowy			
Ulica					Nr domu		Nr lokalu				
Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):											
1.6		Państwo			Miejscowość			Kod pocztowy			
Ulica					Nr domu		Nr lokalu				
1.7				1.8	1.9				Numer telefonu**		
Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość (zaznaczyć właściwe)				Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	Numer telefonu**						
<input type="checkbox"/> Dowód osobisty <input type="checkbox"/> Paszport <input type="checkbox"/> Inny											
1.10 Adres poczty elektronicznej**											
2. Dane przedstawiciela ustawowego (jeżeli wniosek składa przedstawiciel)*											
2.1	Nazwisko					2.2	Imię (imiona)				
2.3	Data urodzenia (dd-mm-rrrr)					2.4	PESEL				
Adres miejsca zamieszkania:											
2.5		Państwo			Miejscowość			Kod pocztowy			
Ulica					Nr domu		Nr lokalu				
Adres do korespondencji (uzupełnić w przypadku, gdy jest inny niż adres miejsca zamieszkania):											
2.6		Państwo			Miejscowość			Kod pocztowy			
Ulica					Nr domu		Nr lokalu				

OŚWIADCZENIE

Świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 i 2 Kodeksu karnego oświadczam, że wszystkie dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem faktycznym.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianach, które nastąpią w trakcie rozpatrywania wniosku, w szczególności dotyczących danych osobowych lub ubezpieczeniowych.

Miejscowość:

Data:
(dd/mm/rr)

Czytelny podpis osoby składającej wniosek w postaci papierowej:

.....

Kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis osobisty albo podpis zaufany osoby składającej wniosek w postaci elektronicznej: