

WZÓR

**Wniosek o uzgodnienie ceny substancji czynnej będącej w katalogu substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych**

Nr wniosku...../.....rok

Data ....../...../20.... r.

Do Dyrektora .....Oddziału Wojewódzkiego NFZ

**Dane świadczeniodawcy składającego wniosek:**

Nazwa:	
Numer umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - terapeutyczne programy zdrowotne:	

**Dane Leku:**

Kod substancji czynnej umieszczonej w katalogu substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych:	
--	--

Nazwa międzynarodowa leku	Nazwa handlowa leku	Dawka leku w postaci	Postać leku	Jednostka leku	Cena netto za jednostkę	Cena brutto za jednostkę	Ilość całkowita - podana w jednostkach	Wartość całkowita w zł.

**Dane faktury zakupowej:**

Dane sprzedawcy: .....

Data wystawienia: ....../...../20.... r.

nr faktury: .....

.....  
pieczęć i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania świadczeniodawcy

Decyzja Dyrektora OW NFZ

☐ - zgoda

☐ - odmowa

.....  
pieczęć i podpis Dyrektora OW lub osoby upoważnionej