



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 9 marca 2021 r.

Poz. 429

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 4 marca 2021 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, z późn. zm.²⁾) 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. Wnioski złożone przed dniem wejścia w życie rozporządzenia, zgodnie z wzorem określonym w przepisach dotychczasowych, podlegają rozpatrzeniu.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.³⁾

Minister Zdrowia: *A. Niedzielski*


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⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875, 2112, 2345 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 97 i 159.

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 września 2020 r. w sprawie wzoru wniosku o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju (Dz. U. poz. 1557), które utraciło moc z dniem 1 marca 2021 r. na podstawie 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 4 marca 2021 r. (poz. 429)

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	Numer 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	Rodzaj dokumentu potwierdzającego tożsamość (zaznaczyć właściwe)			1.8	Seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość			1.9	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	Numer 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

Oświadczam, że jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

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:

* Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia na podstawie art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2020 r. poz. 1444 i 1517).