

.....  
.....  
Dane osoby wnioskującej  
(imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

.....  
.....  
(Oznaczenie świadczeniodawcy z nr umowy z NFZ)

**WNIOSEK O AKCEPTACJĘ REALIZACJI TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ  
(na odległość tam i z powrotem, powyżej 120 km)**

Zwracam się o akceptację realizacji przewozu w ramach transportu sanitarnego w POZ dla

....., numer PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|,|

zamieszkałego w: .....  
znajdującego się na liście świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz:

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

celem przewiezienia do

.....  
i z powrotem\*, w związku z zakończeniem/ koniecznością kontynuacji\* leczenia.

**Uzasadnienie wniosku**

.....  
miejsce, data

.....  
czytelny podpis osoby wnioskującej

Załączniki:

- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych\*
- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej\*

**Potwierdzam zasadność realizacji świadczenia transportu sanitarnego we wskazanym  
powyżej zakresie oraz wskazuję, jako realizatora przewozu .....**

.....  
(Dane świadczeniodawcy realizującego transport sanitarny z nr telefonu)

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis i pieczęć lekarza POZ

*\*niepotrzebne skreślić*

**Data akceptacji wniosku w OW NFZ**

.....  
(podpis i pieczęć przyjmującego wniosek)