

Część I

(wypełnia oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia)

.....
(oznaczenie oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

ZBIORCZE ZESTAWIENIE KOSZTÓW ZWIĄZANYCH Z LECZENIEM UZDROWISKOWYM OSÓB UPRAWNIONYCH (AZBEST)

(poniesionych przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego
na obszarze działania oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia)

Lp.	Imię i nazwisko osoby uprawnionej do korzystania z leczenia uzdrowiskowego	Termin leczenia od – do	Liczba osobodni	Wysokość opłaty według standardu zgodnie z obowiązującymi przepisami	Kwota podlegająca zwrotowi (w zł)
Razem kwota podlegająca zwrotowi:					

Stosownie do § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 sierpnia 2004 r. w sprawie leczenia uzdrowiskowego osób zatrudnionych przy produkcji wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2023 r. poz. 687) kwotę zł (słownie:) należy przekazać na rachunek: (numer rachunku bankowego właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia).

.....
(data i podpis osoby sporządzającej, dyrektora oddziału wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia lub osoby upoważnionej)

Część II

(wypełnia Ministerstwo Zdrowia)

Akceptuję zwrot z budżetu państwa wydatków w wysokości zł (słownie:) poniesionych przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, obejmujących koszty, o których mowa w art. 7a ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2020 r. poz. 1680).

.....
(data i podpis ministra właściwego do spraw zdrowia lub osoby upoważnionej)