

-WZÓR-

.....
pieczęć podmiotu

.....
miejsowość, dnia

UPOWAŻNIENIE

nr

dotyczące: korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Upwnień Świadczeniobiorców

Upoważniam Panią/Pana

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr PESEL)

do występowania do Narodowego Funduszu Zdrowia o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń przy wykorzystaniu usługi świadczonej przez system teleinformatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia w rozumieniu ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.), (usługa Elektronicznej Weryfikacji Upwnień Świadczeniobiorców).

.....
*czytelny podpis i pieczętka osoby
reprezentującej podmiot*