Potwierdzenie odbioru

Ja niżej podpisany (proszę wypełnić drukowanymi literami)*

……. potwierdzam odbiór otrzymanej przesyłki z wyrobami medycznymi.

……...……

(data odbioru i czytelny podpis osoby odbierającej)

*1. Pobieranie potwierdzeń odbioru wyrobów medycznych są wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z Zarządzeniem nr 26/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2022 r. oraz Komunikatem Centrali NFZ dla Świadczeniodawców z dnia 23.marca 2022 r.
2. Dane osobowe przetwarzane zgodnie z Regulaminem Sklepu Internetowego i Polityką Prywatności zgodne z RODO."

Potwierdzenie odbioru

Ja niżej podpisany (proszę wypełnić drukowanymi literami)

……. potwierdzam odbiór otrzymanej przesyłki z wyrobami medycznymi.

……...……

(data odbioru i czytelny podpis osoby odbierającej)

*1. Pobieranie potwierdzeń odbioru wyrobów medycznych są wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z Zarządzeniem nr 26/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 marca 2022 r. oraz Komunikatem Centrali NFZ dla Świadczeniodawców z dnia 23.marca 2022 r.
2. Dane osobowe przetwarzane zgodnie z Regulaminem Sklepu Internetowego i Polityką Prywatności zgodne z RODO."