

**PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE**  
(uzupełnia pracownik OPS Chorzów)

Sprawa nr: **623.** .....WNIOSEK.RS.PO.2024 data złożenia.....

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| 1. Wniosek kompletny w dniu przyjęcia:                                       | TAK/NIE               |
| 2. Orzeczenie o niepełnosprawności:  | TAK/NIE               |
| 3. Oświadczenie o dochodach:   | TAK/NIE               |
| 4. Wycena /kosztorys przedmiotu dofinansowania<br>wraz ze zleceniem NFZ:     | TAK/NIE/NIE DOTYCZY   |
| 5. Faktura z potwierdzeniem zapłaty<br>oraz zrealizowane zlecenie lekarskie: | TAK/NIE/NIE DOTYCZY   |
| 6. Upoważnienie /Pełnomocnictwo/Postanowienie sądu                           | TAK/ NIE/ NIE DOTYCZY |
| 7. RODO  | TAK/NIE               |

.....

DATA I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ WNIOSEK

DO UZUPEŁNIENIA W ZAKRESIE:

1. ....  
.....  
data uzupełnienia
  
2. ....  
.....  
data uzupełnienia
  
3. ....  
.....  
data uzupełnienia