

**WNIOSEK O Zwrot Kosztu Usług****DANE OSOBY WNIOSKUJĄCEJ O ZWROT KOSZTU**

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_

Nr karty: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Telefon komórkowy: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Nazwa Firmy : \_\_\_\_\_

**Adres do korespondencji:**

Ulica: \_\_\_\_\_ Nr domu: \_\_\_\_\_ Nr mieszkania: \_\_\_\_\_

Miejscowość: \_\_\_\_\_ Kod pocztowy: \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Poczta: \_\_\_\_\_

**DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ŚWIADCZEŃ (jeśli inne niż dane osoby wnioskującej)**

Nazwisko: \_\_\_\_\_ Imię: \_\_\_\_\_

Nr karty: \_\_\_\_\_

PESEL: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

Nazwa Firmy będącej Stroną umowy : \_\_\_\_\_

Lp.	Nazwa świadczenia	Data wykonania świadczenia	Kwota	Nr faktury	Kwota refundacji (wypełnia Lux Med)
1					
2					
3					
4					
5					
6					

Powód skorzystania ze świadczenia poza Placówkami medycznymi wskazanymi przez LUX MED :

Data kontaktu z Call Center: \_\_\_\_\_ Nr telefonu: \_\_\_\_\_

**FORMA WYPŁATY**

**Przelew bankowy na rachunek:**

Bank/Oddział

\_\_\_\_\_

Właściciel

\_\_\_\_\_

Nr rachunku:

\_\_\_\_\_

Podpis

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Miejscowość

**Załączniki:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Wypełniony Wniosek wraz z załącznikami prosimy przesłać na adres:

**LUX MED Sp. z o.o.**

**Departament Zarządzania Siecią**

**ul. Postępu 21C**

**02-676 WARSZAWA**

**Z dopiskiem: Zwrot Kosztów**

**Oświadczenie Pacjenta o upoważnieniu do pozyskiwania dokumentacji medycznej**

Ja, niżej podpisany/na .....

.Legitymujący/ca się dokumentem tożsamości.....Seria..... Numer .....

Numer PESEL .....

Upoważniam niniejszym **LUX MED sp. z o.o.** z siedzibą w Warszawie do pozyskiwania mojej dokumentacji medycznej sporządzonej w podmiocie leczniczym .....

*(wpisać dane podmiotu leczniczego, który wystawił fv/rachunek będący podstawą do zwrotu kosztów usługi medycznej)*

.....  
*Miejscowość, data i czytelny podpis upoważniającego*