

Nazwa właściwej jednostki organizacyjnej NFZ

Kontrola nr

Upoważnienie Nr

Na podstawie art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), upoważniam:

Pana/Panią

(imię i nazwisko)

pracownika

(nazwa komórki organizacyjnej)

do przeprowadzenia kontroli:

.....

(nazwa podmiotu kontrolowanego)

w ramach wykonywanej działalności leczniczej.....

(nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/podmiotu
leczniczego wykonującego działalność leczniczą)

w zakresie

Przedmiotem kontroli będzie

.....

.....

Przewidywany termin przeprowadzenia kontroli

(dzień, miesiąc, rok; ilość dni)

Ważność upoważnienia upływa z dniem..... Upoważnienie nie może być przenoszone na osoby trzecie.

Upoważnienie niniejsze jest ważne za okazaniem legitymacji służbowej nralbo dowodu osobistego nr.....

.....

(data, podpis i pieczęć kierownika właściwej
jednostki organizacyjnej NFZ)

Ważność upoważnienia przedłuża się do dnia.....

.....

(data, podpis i pieczęć kierownika
właściwej jednostki organizacyjnej NFZ)