**Szanowni Państwo,**

Poniższy formularz przygotowany został w celu ułatwienia uzyskania informacji o wysokości kwoty zwrotu kosztów leczenia, poniesionych w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub Europejskiego Obszaru Gospodarczego zgodnie z artykułem 42b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)

Dane uzyskane w formularzu posłużą NFZ jedynie do wyliczenia **przybliżonej** kwoty zwrotu, a wśród nich najbardziej przydatną informacją będzie kod procedury albo choroby, jakiej dotyczy zapytanie, nadany według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – ICD-10 oraz Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych – ICD-9, znanych powszechnie lekarzom. Niewskazanie kodu nie spowoduje odrzucenia zapytania, wpłynie jedynie na mniej precyzyjną odpowiedź NFZ dotyczącą wysokości możliwej kwoty zwrotu. Prosimy o staranne wypełnienie formularza celem umożliwienia pracownikowi oddziału wojewódzkiego Funduszu dokonania orientacyjnej wyceny świadczenia. **Rzetelność wyceny zależy w dużym stopniu od jakości uzyskanych od Państwa informacji.**

Udzielona na zapytanie odpowiedź nie stanowi podstawy rozliczenia świadczenia udzielanego za granicą ani roszczeń o zwrot kosztów jego udzielenia.

**Proszę wskazać sposób przekazania przez NFZ informacji:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ***poczta*** |  | ***poczta elektroniczna*** |  | ***telefon*** |  |  |  |  | | --- | --- | | **Dane kontaktowe osoby składającej zapytanie**  *Proszę uzupełnić imię i nazwisko oraz jedynie te pola, które umożliwią kontakt z Państwem wybraną drogą komunikacji.* | | | Imię i nazwisko |  | |  | | Numer telefonu |  | |  | | Adres e-mail |  | |  | | Adres do korespondencji | *Ulica, numer domu, numer mieszkania* | |  | | *Kod pocztowy, miejscowość* | |  |   ***W przypadku zamiaru skorzystania z poszczególnych rodzajów świadczeń prosimy pamiętać o:***   * *zachowaniu rachunku oraz kopii skierowania, jeśli jest wymagane – w przypadku leczenia ambulatoryjnego;* * *zachowaniu rachunku oraz kopii skierowania - w przypadku leczenia szpitalnego;* * *zachowaniu kopii recepty i rachunku z apteki - w przypadku realizacji recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne (recepta wystawiona w Polsce, musi być wypisana przez osobę uprawnioną do wystawiania recept; Minister Zdrowia ogłasza w obwieszczeniu wykazy refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych raz na 2 miesiące, dlatego odpowiedź NFZ będzie aktualna na dzień jej udzielenia, a faktyczna kwota zwrotu może różnić się od szacowanej i będzie obliczona na podstawie wykazu obowiązującego w dniu realizacji recepty);* * *zachowaniu oryginału zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne (lub zlecenia naprawy), potwierdzonego przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przed realizacją zaopatrzenia oraz rachunku - w przypadku zakupu/naprawy wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;* * *zachowaniu rachunku oraz potwierdzeniu skierowania w zakresie jego celowości przez lekarza specjalistę w oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia przed skorzystaniem ze świadczeń - w przypadku leczenia uzdrowiskowego/rehabilitacji uzdrowiskowej;* * *zachowaniu rachunku oraz kopii skierowania - w przypadku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, których celem nie jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DANE OSOBY, KTÓREJ MA BYĆ UDZIELONE ŚWIADCZENIE W INNYM PAŃSTWIE CZŁONKOWSKIM UE LUB EOG.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Wiek w latach | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | | |  | |  | | | | |  | |
| * 1. Płeć | | | | | | |  | | | | |  | | kobieta | | | | | | | | |  | | | mężczyzna | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Oddział wojewódzki NFZ właściwy dla osoby, której ma być udzielone świadczenie | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE PLANOWANEGO LECZENIA.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 1. Proszę podać nazwę choroby, której dotyczy zapytanie? (należy wpisać dane, które są znane: diagnozę lekarską, kod ICD-10) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Proszę wymienić inne znane choroby współistniejące, na które dana osoba się leczy (należy wpisać dane, które są znane: diagnozę lekarską, kody ICD-10). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. Proszę podać przebieg planowanego leczenia, którego dotyczy zapytanie, w szczególności jeśli ma być ono wieloetapowe – o ile jest znany- z podaniem kodu ICD-9 - o ile jest znany. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Leczenie ambulatoryjne odbywane poza pobytem w szpitalu.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Porada, konsultacja lekarza specjalisty. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Proszę podać specjalność lekarza specjalisty. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Proszę podać kod procedury medycznej według ICD-9, której dotyczy zapytanie, jeśli jest znana. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Badania (laboratoryjne, obrazowe, inne badania diagnostyczne) i zabiegi ambulatoryjne, wykonywane poza pobytem w szpitalu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Proszę podać jakie badania/zabiegi mają być wykonane? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Proszę podać kody badań lub zabiegów według ICD-9, których dotyczy zapytanie, jeśli są znane. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Leczenie szpitalne.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Proszę wskazać specjalizację oddziału, np. okulistyka, chirurgia itp. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Co ma być wykonane (cel hospitalizacji)? Proszę podać, jeśli są znane kody procedur medycznych wedługICD-9, które mają planowo być wykonane oraz przewidywaną ich liczbę – jeśli jest znana. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. Czy planowane leczenie zakłada pobyt pacjenta w szpitalu, co najmniej do dnia następnego po dniu przyjęcia? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TAK | | | |  | | | | | NIE | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | (można ominąć pkt. II.5.04) | | | | | | | | | | |
| * + 1. Jaka jest przewidywana długość pobytu w szpitalu (w dniach)? Proszę wypełnić, jeśli jest znana. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. W przypadku, gdy hospitalizacja ma się wiązać z podaniem produktu leczniczego, proszę wpisać jego nazwę lub substancję czynną, jeśli jest znana. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. W przypadku, gdy hospitalizacja ma się wiązać z wszczepieniem wyrobu medycznego, proszę wskazać rodzaj wyrobu. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Leki dostępne w programie lekowym lub stosowane w chemioterapii.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Nazwa programu lekowego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Proszę podać nazwę leku, kod EAN lub inny kod identyfikujący dany lek lub nazwę substancji czynnej. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * 1. **Pozostałe świadczenia.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. **Realizacja recepty na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Proszę pamiętać o uzupełnieniu danych odnośnie choroby, na którą leki zostały przepisane (pkt II.1) oraz chorób współistniejących (pkt II.2) – co ma wpływ na oszacowanie świadczenia**. Następnie proszę uzupełnić tabelę. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa produktu leczniczego (leku, wpisana na recepcie) | | | | | | | | | | | | Postać (np. syrop, tabletki, ampułki, maść) | | | | | | | | | Dawka (np. 30mg, 3 mg/ml) | | | | | | | Zawartość opakowania (np. liczba tabletek, 5 amp. a 10ml) | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| *Faktyczna kwota zwrotu może różnić się od szacowanej i będzie obliczona na podstawie listy leków refundowanych, ogłaszanej w obwieszczeniu Ministra Zdrowia, obowiązującym w dniu realizacji recepty.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. **Zakup/ naprawa wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zakup\* | | | | | | | | |  | Naprawa\* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Proszę wskazać jakiego wyrobu medycznego dotyczy zapytanie i w jakiej ilości? (nazwa wyrobu medycznego lub proszę przepisać grupę/liczbę porządkową ze zlecenia) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Jeśli dotyczy, proszę wskazać stronę zaopatrzenia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prawa\* | | | | | | | | |  | Lewa\* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Czy zakupiony wyrób jest produkowany: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Seryjnie\* | | | | | | | | |  | Na zamówienie\* | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Czy osoba, której dotyczy zapytanie, korzystała na terenie Polski z refundacji wyrobu medycznego, którego dotyczy zapytanie? Jeśli tak, proszę wpisać kiedy i jaki wyrób zrefundowano. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. **Leczenie uzdrowiskowe/ rehabilitacja uzdrowiskowa.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. W jakim trybie ma być przeprowadzone leczenie uzdrowiskowe, którego dotyczy zapytanie? (zgodnie ze skierowaniem) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| sanatorium uzdrowiskowe\* | | |  | | | | | przychodnia uzdrowiskowa  (leczenie ambulatoryjne)\* | | | | | | | | | | |  | | | | | szpital uzdrowiskowy\* | | | | | | | | | |  | |  | | |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Proszę podać planowaną liczbę dni pobytu (w sanatorium albo szpitalu uzdrowiskowym) albo liczbę dni zabiegowych w ramach leczenia ambulatoryjnego. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. **Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, których celem nie jest wspieranie osób potrzebujących pomocy w zakresie wykonywania rutynowych czynności życia codziennego.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Proszę pamiętać o wypełnieniu pkt II.1 i II.2.**   * + - 1. Warunki udzielania świadczenia: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| domowe\* | | | |  | | | | | stacjonarne\* | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Proszę określić stan osoby, której dotyczy zapytanie w skali Barthel (jeśli mieści się w przedziale 0-40 pkt) i/lub Glasgow (jeśli mieście się w przedziale 0-8 pkt) – jeśli brak takiej informacji na skierowaniu proszę spytać lekarza kierującego lub pielęgniarkę aktualnie sprawującą opiekę. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Barthel ……….……….….pkt | | | | | | | | | | | | | | | | Glasgow………………..…….pkt | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
| * + - 1. Droga podawania pokarmu: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| doustna\* | |  | | | dojelitowa\* | | | | | | | | |  | | | pozajelitowa\* | | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + - 1. Wentylacja mechaniczna: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| brak konieczności\* | |  | | | metodą nieinwazyjną, | | | | | | | | | | | | |  | | | metodą inwazyjną, | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
|  | |  | | | prowadzoną za pomocą np. maski obejmującej nos i usta\* | | | | | | | | | | | | |  | | | prowadzoną za pomocą rurki intubacyjnej albo tracheotomijnej\* | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |
| \*Proszę zaznaczyć właściwe | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. **Inne leczenie. Proszę wskazać jakie. Kody *ICD -9*, jeśli są znane oraz ich krotność.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * + 1. **Dodatkowe uwagi:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Czytelny podpis osoby składającej zapytanie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |