

Załącznik nr 1

do zarządzenia nr 23/2009/DSOZ

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13.05.2009 r.

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego , dnia.....
(właściwej jednostki organizacyjnej)
Narodowego Funduszu Zdrowia

Postępowanie kontrolne nr

Upoważnienie Nr

Na podstawie art. 64 ust. 2 oraz art. 107 ust. 5 pkt 13 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
(wydział, departament)

do przeprowadzenia kontroli.....

.....
(oznaczenie podmiotu kontrolowanego - pełna nazwa i adres)

w zakresie

Przedmiotem kontroli będzie
.....
.....

Przewidywany termin przeprowadzenia kontroli.....
(dzień, miesiąc, rok; ilość dni)

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

Upoważnienie niniejsze jest ważne za okazaniem legitymacji służbowej nr ...lub dokumentu tożsamości.

.....
data, podpis i pieczęć dyrektora właściwej
jednostki organizacyjnej NFZ

Ważność upoważnienia przedłuża się do dnia.....

.....
data, podpis i pieczęć dyrektora
właściwej jednostki organizacyjnej NFZ