WNIOSEK

O CZĘŚCIOWĄ REFUNDACJĘ (30%) KOSZTÓW ZAKUPU WYROBÓW MEDYCZNYCH DO WSPARCIA W LECZENIU CHORÓB ATOPOWYCH

DANE IDENTYFIKACYJNE PACJENTA / wypełnia pacjent lub opiekun prawny

01. Numer PESEL

02. Data wypełnienia wniosku (dd/mm/rrrr) d d / m m / 2 0 y y

03. Nazwisko

04. Imię

05. Data urodzenia (dd/mm/rrrr) d d / m m / y y y y

* wypełnia pacjent/opiekun prawny-wszystkie pola obowiązkowe

DANE TELEADRESOWE PACJENTA/OPIEKUNA PRAWNEGO (KONTAKTOWE)*

06. Kod pocztowy

07. Miejscowość

08. Ulica

09. Numer domu

10. Numer lokalu

11. Numery telefonu
1
2

12. Adres poczty elektronicznej (1)

13. Imię Opiekuna Prawnego

14. Nazwisko Opiekuna Prawnego

(1) - Adres poczty niezbędny do przesłania elektronicznego kodu uprawniającego do uzyskania częsciowej refundacji

PRESKRYPCJA MEDYCZNA / wypełnia lekarz

(wyroby medyczne zgłaszane do częsciowej refundacji)

1. Comfifast MultiStretch-wiskozowy bandaż w postaci rękawa linia czerwona (3.5 cm): (2)
Rolka 1m ☐ 10m ☐ l.sztuk (max 1) ☐ (3)

2. Comfifast MultiStretch-wiskozowy bandaż w postaci rękawa linia zielona (5.0cm):
Rolka 1m ☐ 3m ☐ 5m ☐ 10m ☐ l.sztuk (max 1) ☐

3. Comfifast MultiStretch-wiskozowy bandaż w postaci rękawa linia niebieska (7.5cm):
Rolka 1m ☐ 3m ☐ 5m ☐ 10m ☐ l.sztuk (max 1) ☐

4. Comfifast MultiStretch-wiskozowy bandaż w postaci rękawa linia żółta (10.75cm):
Rolka 1m ☐ 3m ☐ 5m ☐ 10m ☐ l.sztuk (max 1) ☐

5. Comfifast MultiStretch-wiskozowy bandaż w postaci rękawa linia beżowa (17.5cm):
Rolka 1m ☐ 10m ☐ l.sztuk (max 1) ☐

6. Comfifast Easywrap - koszulka lecznicza z rękawiczkami, rozmiar 6-24 mies.: l.sztuk (max.4) ☐

7. Comfifast Easywrap - koszulka lecznicza:
2-5 Lat ☐ 5-8 Lat ☐ 8-11 Lat ☐ 11-14 Lat ☐ S ☐ M ☐ L ☐ l.sztuk (max.4) ☐

8. Comffiast Easywrap - rajstopki ze stopkami, rozmiar 6-24 miesiące: l.sztuk (max.4) ☐

9. Comfifast Easywrap - legginsy:
2-5 Lat ☐ 5-8 Lat ☐ 8-11 Lat ☐ 11-14 Lat ☐ S ☐ M ☐ L ☐ l.sztuk (max.4) ☐

10. Comfifast Easywrap rękawiczki:
do 24 mies z dziurką na kciuk ☐ 2-8 Lat z dziurką na kciuk ☐ 8-14 lat bez dziurki na kciuk ☐ l.sztuk (max.4) ☐

11. Comfifast Easywrap skarpetki:
do 8 lat ☐ 8-14 lat ☐ l.sztuk (max.4) ☐

12. Comfifast Easywrap Czapeczka kominiarka:
6 mies - 5 lat ☐ 5-14 lat ☐ l.sztuk (max.4) ☐

(2) Proszę zaznaczyć krzyzykiem wybrany rozmiar

(3) Proszę wpisać ilość sztuk zapotrzebowania

Uwagi:

WNIOSEK

O CZĘŚCIOWĄ REFUNDACJĘ KOSZTÓW ZAKUPU WYROBÓW MEDYCZNYCH DO WSPARCIA W LECZENIU CHORÓB ATOPOWYCH

DANE TELEADRESOWE PLACÓWKI MEDYCZNEJ / wypełnia pacjent

01. Nazwa placówki

02. Kod pocztowy

03. Miejscowość

04. Ulica

05. Numer domu

06. Numer lokalu

07. Numer telefonu

PODPIS PACJENTA / OPIEKUNA PRAWNEGO

- potwierdzam zgodność danych we wniosku ze stanem faktycznym;
- potwierdzam, że zapoznałam/em się z "Regulaminem Częściowej Refundacji Kosztów Zakupu …" i w pełni akceptuję jego treść.
- pełna wersja Regulaminu, dostępna jest pod adresem www.bestmedicalbrands.com/regulamin-refundacja-comfifast
- wyrażam zgodę na przetwarzanie przez BestMedicalBrands z siedzibą w Warszawie, 02-676, ul. Suwak 4 zawartych we Wniosku danych osobowych, do celów realizacji procesu częściowej refundacji kosztów zakupu wyrobów medycznych.

Podpis pacjenta / opiekuna prawnego

POTWIERDZENIE PRESKRYPCJI MEDYCZNEJ

Ze względu na zdiagnozowane u Pacjenta wskazanego w I częsci Wniosku schorzenie, wymagające pielęgnacji skóry , oraz poprawy komfortu życia, głównie poprzez: redukcję uporczywego świądu, wydłużenie działania emolientów i kremów, mechaniczne zabezpieczenie skóry przed czynnikami zewnętrznymi oraz redukcję skutków drapania, mając także na uwadze właściwości wazokonstrykcyjne i zdolności hamowania odpowiedzi zapalnej, rekomenduję stosowanie metod suchego lub mokrego opatrunku (dry wrapping, wet wrapping), z zastosowaniem wyrobów medycznych wskazanych w części wniosku "Preskrypcja Medyczna".

Pieczęć Lekarza Specjalisty

SKRÓCONA PROCEDURA WNIOSKOWANIA O CZĘŚCIOWĄ REFUNDACJĘ KOSZTÓW ZAKUPU WYROBÓW MEDYCZNYCH

1. Podstawą do wnioskowania o częsciową refundację kosztów (30%) zakupu wyrobów medycznych Comfifast jest wypełnienie i podpisanie przez pacjenta/opiekuna prawnego pacjenta i lekarza specjalistę, niniejszego Wniosku.
2. Kompletny wniosek należy złożyć osobiście lub pocztą tradycyjną lub we formie skanokopii na adres emailowy, do: **BestMedicalBrands, ul. Suwak 4, 02-676 Warszawa**, e-mail: **refundacja@comfifast.pl**
3. Po otrzymaniu kompletnego wniosku i w przypadku jego pozytywnej akceptacji, BestMedicalBrands, wyśle na wskazany we Wniosku adres e-mail, specjalny elektroniczny kod uprawniający do uzyskania przez Wnioskującego odliczenia od ceny zakupu brutto równowartości maksymalnej kwoty refundacji za wyroby medyczne Comffiast.
4. Po otrzymaniu w/w kodu elektronicznego, wnioskujący dokonuje standardowo zakupów w sklepie medycznym internetowym, pod adresem www.bestmedicalbrands.com lub składa zamówienie telefonicznie, pod numerem **(22) 69 772 4154** lub dokonuje zakupów osobiście w punkcie odbioru wyrobów medycznych, w Warszawie, przy ulicy Cybernetyki 19 (BestMedicalBrands).
5. W przypadku składania zamówienia przez sklep internetowy, otrzymany kod należy wpisać w specjalne pole "Kupon rabatowy" (w kroku "produkty w koszyku") i zatwierdzić wprowadzenie kodu strzałeczkami. W takim przypadku, system automatycznie odliczy od całkowitej ceny zakupu wyrobów medycznych, równowartość kwoty częsciowej refundacji. W dlaszych krokach należy postępować tak jak przy standardowych zakupach on-line.
6. W przypadku zamówień telefonicznych bądź zakupów osobistych w punkcie odbioru, należy poinformować obsługującego pracownika o posiadanym kodzie elektronicznym, w celu uwzględnienia odliczeń w procesie sprzedaży.

Uwagi:
1. Zgodnie z Regulaminem, ustalony zostaje maksymalny limit dla zakupów w opcji refundacji częsciowej. 1 pacjent może maksymalnie 1 raz w miesiącu wnioskować o częsciową refundację kosztów zakupu wyrobów medycznych-na podstawie Wniosku z preskrypcją lekarza specjalisty.
2. Dla produktów aktualnie znajdujących się w promocji w sklepie BestMedicalBrands-formy rozliczenia z refundacją częsciowej zapłaty-nie stosuje się.
3. Dostarczony kod rabatowy jest aktywny w ciągu kolejnych 7 dni. licząc od daty przesłania wnioskodawcy. Po tym terminie, realizacja refundacji będzie niemożliwa