



Świadczenia gwarantowane obejmujące pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy finansowane w ramach produktu rozliczeniowego NFZ z katalogu świadczeń do sumowania

A) Dane składające uwagi

Imię

Nazwisko

Nazwa reprezentowanego podmiotu

Zajmowane stanowisko

Adres korespondencyjny:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Adres e-mail

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu zgłaszania uwag do projektu taryfy świadczeń w celu identyfikacji przez Agencję osoby zgłaszającej uwagi oraz zapewnienia możliwości ewentualnego skontaktowania się z osobą zgłaszającą uwagi, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 poz. 922)

B) **Zgłaszane uwagi**

Świadczenia gwarantowane obejmujące pobranie i przetoczenie limfocytów dawcy finansowane w ramach produktu rozliczeniowego NFZ z katalogu świadczeń do sumowania

Uwagi do Projektu Taryfy świadczeń

Uzasadnienie

W przypadku zgłoszonych w uwagach zarzutów względem wysokości lub zasad ustalania taryfy, zwracamy się z prośbą o przedstawienie informacji, jaki według Państwa wiedzy jest rzeczywisty koszt realizacji danego świadczenia (najbardziej typowego, powszechnie realizowanego).

Plik/pliki należy załączyć do wiadomości e-mail wygenerowanej dla przesłania formularza z uwagami.