

# Formularz zgłaszania uwag

Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie hemofilii i pokrewnych  
skaz krwotocznych



## A) Dane składającego 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 leczenie hemofilii i pokrewnych szkaz krwotocznych**

## 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.***