

# Formularz zgłaszania uwag

Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie dorosłych chorych ze śpiączką  
finansowane w ramach programu zdrowotnego (rozpoznanie zasadnicze ICD-10: R40.2)



## A) Dane składającego uwagi

**Imię**

**Nazwisko**

**Nazwa reprezentowanego podmiotu**

**Zajmowane stanowisko**

Adres korespondencyjny:

**Ulica**

**Numer domu**

**Numer lokalu**

**Miejscowość**

**Kod pocztowy**

**Adres e-mail**

## B) Zgłaszane uwagi

**Świadczenia gwarantowane obejmujące leczenie dorosłych chorych ze śpiączką finansowane w ramach programu zdrowotnego (rozpoznanie zasadnicze ICD-10: R40.2)**

## 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.***