Priloga 1

 ZZZS št. zavarovane osebe:

*ZAVAROVANA OSEBA* Številka:

*Ulica*

*1000 pošta*

 Datum:

**ZADEVA: Poziv k vračilu medicinskih pripomočkov**

Spoštovani,

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je iz evidenc o opravljenih zdravstvenih storitvah in prejetih medicinskih pripomočkih ugotovil, da imate v izposoji medicinske pripomočke, ki jih je v breme svojih materialnih stroškov dolžan zagotavljati socialnovarstveni zavod, v katerem bivate. \*Pravila OZZ določajo, da so zavarovane osebe dožne dobavitelju vrniti medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje, če bivajo v socialnovarstvenem zavodu. **Zato vas prosimo, da dobavitelju, pri katerem ste si izposodili, medicinski/e pripomoček/ke vrnete najkasneje v 10 delovnih dneh:**

šifra naziv datum prejema dobavitelj (naslov. tel. št.)

1.

2.

V primeru, da pretežno bivate izven socialnovarstvenega zavoda, prosimo, da o morebitni nadaljnji uporabi medicinskega pripomočka pisno obvestite naslov »ZZZS, Območna enota \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ali e-mail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.«.

Če v **desetih delovnih dneh** od prejema tega poziva ne bomo prejeli vašega obvestila, bomo dobavitelju **onemogočili nadaljnji obračun izposoje**. Dobavitelj vas bo pozval k vračilu zgoraj navedenega/ih medicinskega/ih pripomočka/ov. **V primeru, da izposojenih medicinskih pripomočkov ne boste vrnili, vas dobavitelj lahko bremeni za nadaljnje stroške izposoje navedenih medicinskih pripomočkov, saj ZZZS tega stroška ne more več kriti.**

Lepo pozdravljeni.

 *Pooblaščena oseba*