

WNIOSEK

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628) wnoszę o zaopiniowanie sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki/położne realizujące świadczenia w:

1.
.....

(Nazwa, adres podmiotu /pieczętka)

2. Pełny kod umowy*/
.....
.....

3. za okres
.....

Oświadczam, że:

1. Wysokość dodatkowych środków z NFZ wynosi:.....zł./miesiąc
2. Ilość etatów/równoważnik etatu:.....
3. Przekazane przez NFZ dodatkowe środki finansowe przeznaczone będą w całości dla pielęgniarek i położnych.

Lp.	Grupa zawodowa	Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej	Forma zatrudnienia	Wymiar etatu/ równoważnik etatu	Kwota miesięczna (brutto brutto) proponowanej podwyżki
Razem					

***/Uwaga – pole obowiązkowe do wypełnienia, proszę dla każdej umowy złożyć odrębny wniosek.**

.....

miejsowość, data

.....

podpis/pieczętka uprawnionej osoby

OPINIA

Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Pile po zapoznaniu się z wnioskiem j.w. z dnia wydaje opinię co do zaproponowanego sposobu miesięcznego podziału środków na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych - członków OIPiP.

.....
miejsowość, data

.....
podpis os. Upoważnionej przez orpíp
do wydania opinii/pieczątka uprawnionej osoby