

WNIOSEK

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2020 poz. 320 ze zm.) i rozporządzeń zmieniających: z dnia 14.10.2015r. (Dz. U. 2015 poz. 1628) oraz z dnia 29.08.2018r. (Dz. U. 2018 poz. 1681 i poz. 1682) oraz z dnia 27.08.2019 r. (Dz.U. 2019 poz. 1628) oraz z dnia 27.03.2020 r. (Dz.U. 2020 r. poz. 547) 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. Rodzaj świadczenia zdrowotnego oraz numer umowy z NFZ */

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

3. Opiniowany wniosek dotyczy okresu: od do

Oświadczam, że:

1. Wysokość dodatkowych środków z NFZ wynosi:.... zł./miesiąc
2. Wzrost wynagrodzeń wynikający z przeliczenia aktywnych deklaracji zgodnie ze stawką kapitacyjną za dany miesiąc tak/nie/nie dotyczy
3. Liczba etatów/równoważników etatu:.....
4. Przekazane przez NFZ dodatkowe środki finansowe przeznaczone będą w całości dla pielęgniarek i położnych w sposób równy, równoważny do przelicznika etatu.

Lp.	Nr prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej	Forma zatrudnienia (umowa o pracę lub stosunek służbowy, umowa cywilnoprawna)	Wymiar etatu/ równoważnik etatu	Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w okresie od 01-07-2019r. nie mniej niż 1200,00zł*	Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w okresie od 01-07-2019r. umowa cywilnoprawna	Dopłata dodatku wyrównawczego z umowy o pracę do kwoty pobranej przez świadczeniodawcę z NFZ*
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM:						

*Dotyczy umowy o pracę

.....
miejsce, 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 w sprawie sposobu podziału wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

.....
miejsowość, data

.....
podpis i pieczęć os. Upoważnionej przez ORPiP