

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*/

.....

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
1.					
2.					
3.					
Razem					

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

.....
miejsowość, data

.....
podpis / pieczętka upoważnionej osoby

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie 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 ORPiP do wydawania opinii
pieczętka upoważnionej osoby*