***Załącznik do Uchwały Nr 234/VII/2017 NRPiP z dnia 16 marca 2017 r.***

…………………………………………

/miejscowość, data/

***Beskidzka Okręgowa Izba   
Pielęgniarek i Położnych***

***w Bielsku-Białej***

**WNIOSEK**

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej /Dz.U.2015.1628/ wnoszę o zaopiniowanie sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki/położne realizujące świadczenia w:

1. …………………………………………………………………………………….……………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………...………………..………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*/nazwa, adres podmiotu/pieczątka/*

1. 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.* | *Imię i nazwisko* | *Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej* | *Forma zatrudnienia* | *Wymiar etatu/*  *równoważnik etatu* | *Kwota miesięczna (brutto) proponowanej podwyżki* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |

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

……………………………………… ……………………….........................

*miejscowość, data podpis/pieczątka uprawnionej osoby*