**Załącznik do uchwały Nr 1679/VIIP/2019 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 października 2019 r. w sprawie zmiany uchwały 234/VII/2017 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 16 marca 2017 r. w sprawie wprowadzenia ujednoliconego wniosku do opiniowania przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych podwyżek dla pielęgniarek i położnych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 roku zmieniona uchwałą nr 272/VII/2017 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 września 2017r. oraz zmieniona uchwałą nr 334/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 września 2018r. oraz zmieniona uchwałą nr 1616/VIIP/2019 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 lipca 2019 r.**

**Beskidzka Okręgowa Izba**

**Pielęgniarek i Położnych**

**w Bielsku-Białej**

**WNIOSEK**

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. 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 14.10.2015 r. (t.j Dz. U. 2015 poz. 1628) oraz z dnia 29.08.2018 r. (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 /pieczątka)*

1. 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**\*\*** . /**\*\*właściwe zakreślić/**
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 01-07-2019 r. nie mniej niż 1200,00 zł\*** | **Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia w okresie od 01-07-2019 r. umowa cywilno-prawna** | **Łączny średni koszt miesięczny dla pracodawcy związany z dokonaniem podwyżki wynagrodzenia (koszt brutto brutto)** | **Dopłata dodatku wyrównawczego z umowy o pracę do kwoty pobranej przez świadczeniodawcę z NFZ \*** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM: |  |  |  |  |  |

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

 miejscowość, data podpis/pieczątka uprawnionej osoby

**\*dotyczy umowy o pracę**

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**OPINIA**

Okręgowa Rada Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej po zapoznaniu się z wnioskiem jw. z dnia …………………………….. wydaje opinię ………………………………….. w sprawie sposobu podziału wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

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

 /miejscowość, data/ /podpis i pieczątka osoby upoważnionej przez OR BOIPiP/