

**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 /Dz. U. 2016 poz. 1146/ i rozporządzeń zmieniających: z dnia 14.10.2015 r. /Dz. U. 2015 poz. 1628/ oraz z dnia 29.08.2018 r. /Dz. U. 2018 poz. 1681 i poz. 1682/, 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.

Oświadczam, że:

1. Wysokość dodatkowych środków z NFZ wynosi: zł./miesiąc.
2. Wzrost wynagrodzeń wynikający z przeliczenia aktywnych deklaracji zgodnie ze stawką kapitałową 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	Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w okresie od 01-09-2018 r. do 30-06-2019 r.	Łączny średni koszt miesięczny dla pracodawcy związany z dokonaniem podwyżki wynagrodzenia (koszt brutto brutto)	Dopłata dodatku wyrównawczego do kwoty 1.600,-zł. (jeżeli poz. z kolumny 6 będzie niższa niż 1.600,-zł.)
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM:						

.....
miejscowość, data

.....
podpis/pieczętka uprawnionej osoby

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie danych na potrzeby realizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej /Dz. U. 2016 poz. 1146/ i rozporządzeń zmieniających: z dnia 14.10.2015 r. /Dz. U. 2015 poz. 1628/ oraz z dnia 29.08.2018 r. /Dz. U. 2018 poz. 1681 i poz. 1682/.

.....
podpis/pieczętka uprawnionej osoby