Załącznik do uchwały Nr 334/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 września 2018 r. w sprawie zmiany uchwały nr 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.

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 /pieczątka)

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 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	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/pieczątka uprawnionej osoby

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/