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.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

 w Bydgoszczy

**WNIOSEK**

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 poz. 1146) i rozporządzeń zmieniających: z dnia 14.10.2015r. (Dz. U. 2015 poz. 1628) oraz z dnia 29.08.2018r. (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)*

1. 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.
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 01-09-2018r. do 30-06-2019r.** | **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 Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy,** po zapoznaniu się
z wnioskiem jw. z dnia………………. wydaje opinię **pozytywną / negatywną\*** w sprawie sposobu podziału wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

…………………………. …………………………….

 miejscowość, data podpis i pieczątka

 osoby upoważnionej przez ORPIP

\*Niepotrzebne skreślić.