**Okręgowa Izba   
Pielęgniarek i Położnych**

**w Bydgoszczy**

**WNIOSEK**

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 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/równoważników etatu

wynosi: ………………………………..…………………………………………

1. Przekazane przez NFZ dodatkowe środki finansowe przeznaczone będą w całości dla pielęgniarek i położnych.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Grupa  zawodowa | 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