

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koninie

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 /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 kapitacyjną za dany miesiąc tak/nie/nie dotyczy
3. Ilość 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 pielęgniarstwa lub położnictwa	Forma zatrudnienia	Wymiar etatu/równoważnik etatu	Kwota miesięczna (brutto) proponowanej podwyżki	Kwota wzrostu wynagrodzeń wynikająca z przeliczenia aktywnych deklaracji zgodnie ze stawką kaskadową***
1	2	3	4	5	6
					TAK/NIE
					TAK/NIE
					TAK/NIE
					TAK/NIE
					TAK/NIE
					TAK/NIE
RAZEM:					

* należy zaznaczyć Tak/Nie

.....

miejsowość, data

.....

podpis/pieczętka uprawnionej osoby

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Koninie po zapoznaniu się z wnioskiem jw. z dnia

..... wydaje opinię pozytywną/negatywną

w sprawie sposobu podziału wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

.....

miejsowość, data

.....

podpis i pieczętka os. upoważnionej przez ORPIP