Załącznik do uchwały Nr 540/VII/2019 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koninie z dnia 17 lipca 2019 r. w sprawie zmiany uchwały Nr 192/VII/2018 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Koninie z dnia 25 września 2018 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.

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 /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
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/ równoważnik etatu	Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w okresie od 01-04-2020 r. nie mniej niż 1200,00zł*	Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia w okresie od 01-04-2020r umowa cywilno-prawna	Łączny średni koszt miesięczny dla pracodawcy związany z dokonaniem podwyżki wynagrodzenia (koszt brutto brutto)	Dopłata dodatku wyrównawczego z umowy o pracę do kwoty pobranej przez świadczeniodawcę z NFZ *
1	2	3	4	5	6	7	8
		RAZEM:					

…… …….....

miejscowość, data podpis/pieczątka uprawnionej osoby

***dotyczy umowy o pracę**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w …….. 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 os. Upoważnionej przez ORPIP