Załącznik do uchwały Nr 1872/VII/2021 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 5 stycznia 2021 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. oraz zmieniona uchwałą nr 334/VII/2018 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 13 września 2018r. oraz zmieniona uchwałą nr 1616/VIIP/2019 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 lipca 2019 r. oraz zmieniona uchwałą nr 1679/VIIP/2019 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 15 października 2019 r.

**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. z 2020r. poz. 320 ze zm.) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14.10.2015r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628 oraz z 2018 r. poz. 1681) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17.12.2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2305) 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 **\*/**
2. ………………………………………………………………………………………………

…**\*/Uwaga – pole obowiązkowe do wypełnienia, proszę dla każdej umowy złożyć odrębny wniosek.**

1. Opiniowany wniosek dotyczy okresu: od …………………..… do ………….…………….

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 01-01-2021r. nie mniej niż 1200,00zł\*** | **Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia w okresie od 01-01-2021r. 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 Koninie 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 os. Upoważnionej przez ORPIP

**\* niepotrzebne skreślić**