

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
we Wrocławiu
ul. Powstańców Śląskich 50
53-333 Wrocław

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) oraz Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 70/2015/DSOZ z dnia 16.10.2015 r. wnoszę o zaopiniowanie sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki/położne realizujące świadczenia w:

(Nazwa, adres podmiotu,/pieczęć)

Oświadczam, że:

1. Wysokość dodatkowych środków z NFZ wynosi:.....zł.*
2. Przyznana kwota miesięczna wynosi.....zł.*
3. Ilość etatów/równoważnik etatu:.....
4. Zastosowane kryterium przyznania dodatkowych środków dla pielęgniarek/położnych:

.....
.....
.....
.....

LP	Grupa zawodowa	Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej	Forma zatrudnienia	Wymiar etatu/równoważnik etatu	Kwota proponowanej podwyżki od 01.09.2015 do 30.06.2016*	Kwota proponowanej podwyżki od 01.07.2016 do 31.08.2016*
Razem						

.....
miejsowość, data

.....
podpis/pieczęćka uprawnionej osoby

*kwota brutto wraz ze wszystkimi pochodnymi