Województwo ………………………………. Numer umowy z NFZ ……..……………….......

Dane kontaktowe: osoba wypełniająca: ………………………………………………………............

telefon ……………………………. E-mail: …………………………………………

Środki finansowe przeznaczone według NFZ na podwyżki (dane z SZOI lub portalu świadczeniodawcy) ………………………. - DANE ZA MIESIĄC[[1]](#footnote-1) ………………………………

Środki finansowe rzeczywiście wydane przez podmiot na podwyżki ………………………………..

W tym: na podwyżki personelowi poz ………………… personelowi praktyki …………................

Posiadane przez podmiot umowy/umowa na świadczenia:

* Lekarza poz TAK NIE[[2]](#footnote-2)
* Pielęgniarki poz TAK NIE
* Położnej poz TAK NIE
* Pielęgniarki szkolnej TAK NIE

Liczba pacjentów zadeklarowanych do lekarza w przedziale 40 – 65 ……………..

Liczba personelu w przeliczeniu na etaty:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personel | Liczba etatów | | |
| Personel zatrudniony w oparciu o umowę o pracę | Personel zatrudniony w oparciu o umowę cywilnoprawną | Razem |
| Pielęgniarki poz do 55 roku życia |  |  |  |
| Pielęgniarki poz po 55 roku życia |  |  |  |
| Położne poz do 55 roku życia |  |  |  |
| Położne poz po 55 roku życia |  |  |  |
| Pielęgniarki szkolne do 55 roku życia |  |  |  |
| Pielęgniarki szkolne po 55 roku życia |  |  |  |
| Pielęgniarki[[3]](#footnote-3) praktyki do 55 roku życia |  |  |  |
| Pielęgniarki praktyki po 55 roku życia |  |  |  |
| Razem |  |  |  |

1. MIESIĄC/ROK [↑](#footnote-ref-1)
2. NIEPOTRZENE SKREŚLIĆ [↑](#footnote-ref-2)
3. TAKŻE POŁOZNE PRAKTYKI JEŚLI SĄ [↑](#footnote-ref-3)