Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

w Lublinie

**WNIOSEK**

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 poz. 320, z późn zm.), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej ( Dz. U. poz. 1628 oraz z 2018r. poz. 1681) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (poz. 547), 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 **\*/** …………………………………………………………………………………………………**\*/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 etatów na dzień: …………………………………….
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 01-04-2020r do 31.12.2020. nie mniej niż 1200,00zł\*** | **Proponowana kwota wzrostu miesięcznego wynagrodzenia w okresie od 01-04-2020r do 31.12.2020 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