**Okręgowa Izba   
Pielęgniarek i Położnych w Krośnie**

**WNIOSEK**

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) 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. Pełny kod umowy**\*/** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. za okres ……………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że:

1. Wysokość dodatkowych środków z NFZ wynosi:…………………………………….zł./miesiąc
2. Ilość etatów/równoważnik etatu:………………………………..…………………………………………
3. Przekazane przez NFZ dodatkowe środki finansowe przeznaczone będą w całości dla pielęgniarek i położnych.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Grupa  zawodowa | Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej | Forma zatrudnienia | Wymiar etatu/  równoważnik etatu | Kwota miesięczna (brutto brutto) proponowanej podwyżki |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |

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

……………………………………… ……… ……………………….................................

miejscowość, data podpis/pieczątka uprawnionej osoby

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie po zapoznaniu się z wnioskiem j.w.   
z dnia ………………………………………………. wydaje opinię ………………………….. co do zaproponowanego sposobu miesięcznego podziału środków na wynagrodzenia dla pielęgniarek i położnych - członków OIPiP.

Krosno, dnia

……………………………………….. ……………………………….................................

miejscowość, data podpis os. Upoważnionej przez orpip do wydania opinii/pieczątka uprawnionej osoby