………………………………………., dnia ……………………

(Miejscowość)

…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………..

…………………………………………………………………..

**/Nazwa świadczeniodawcy/**

**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**

**42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25**

**WNIOSEK O ZAOPINIOWANIE SPOSOBU PODZIAŁU DODATKOWYCH ŚRODKÓW NA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANE PRZEZ PIELEGNIARKI I POŁOŻNE W RAMACH AOS I LECZENIA SZPITALNEGO   
za okres od 1 września 2016 do 31 sierpnia 2017**

Na podstawie: rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14.10.2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2015 poz.1628)

wnoszę o zaopiniowanie sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki/położne AOS i Leczenia Szpitalnego.

Wysokość dodatkowych środków z NFZ wynosi: …………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Numer prawa**  **wykonywania**  **zawodu pielęgniarki/położnej** | **Forma**  **zatrudnienia**  (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna) | **Wymiar**  **etatu/**  **równoważnik**  **etatu** | **Planowany miesięczny wzrost wynagrodzenia brutto** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Razem | | | | |

**Uzasadnienie** sposobu podziału dodatkowych środków dla pielęgniarek/położnych

*(należy wypełnić jeżeli wzrost wynagrodzenia nie następuje w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat/równoważnik etatu, w tej sytuacji należy podać kryterium jakim, kierował się wnioskodawca dzieląc te środki):*

Podpis i pieczątka upoważnionej osoby

**Opinia Nr** ………

Po zapoznaniu się z wnioskiem j.w. z dnia ………………………… Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie opiniuje ……………………………………… sposób miesięcznego podziału środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych w okresie od 01 września 2016 r. do 31 sierpnia 2017 r.

Data, podpis upoważnionej osoby