………………………………………., 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