**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie**

42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25

**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:



*(Nazwa, adres podmiotu /pieczątka)*

1. Pełny kod umowy**\*/**

Oświadczam, że:

1. Wysokość dodatkowych środków z NFZ wynosi:

zł. / miesiąc

1. Ilość etatów / równoważnik etatu: .
2. 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) proponowanej podwyżki |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Razem** | | | |  |  |

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

*miejscowość, data podpis / pieczątka upoważnionej osoby*

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie 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.

*miejscowość, data podpis os. upoważnionej przez ORPiP do wydawania opinii*

*pieczątka upoważnionej osoby*