**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych**

 **w Elblągu**

 **ul. Morcinka 10B**

 **82-300 Elbląg**

**WNIOSEK**

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 08.09.2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2016 poz. 1146) i rozporządzeń zmieniających: z dnia 14.10.2015r. (Dz. U. 2015 poz. 1628) oraz z dnia 29.08.2018r. (Dz. U. 2018 poz. 1681 i poz. 1682), a także zarządzeń: nr 100/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 września 2018 r. i  **nr 101/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia**z dnia 28 września 2018 r. wnoszę o zaopiniowanie sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki/położne realizujące świadczenia w **zakresie podstawowej opieki zdrowotnej** w :

1. ………………………………………………………………………………………………

  *(Nazwa, adres podmiotu , numer umowy z NFZ / pieczątka)*

**Oświadczam, że:**W podmiocie zastosowane zostaną następujące kryteria przyznania dodatkowych środków dla pielęgniarek/położnych :

* dodatek do wynagrodzenia lub wzrost stawki godzinowej dla umów cywilnoprawnych,
* wzrost płacy zasadniczej nie mniej niż o kwotę 1200, 00 zł i pozostała część wzrostu wynagrodzenia w formie dodatku dla umów o pracę lub stosunku służbowego,
* podział środków nastąpi w sposób równy, równoważny do etatu przeliczeniowego.

**1. Wykaz pielęgniarek / położnych** objętych wzrostem wynagrodzenia ze wzrostu stawki kapitacyjnej pielęgniarki poz, położnej poz, pielęgniarki szkolnej/ higienistki szkolnej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Grupa zawodowa****(pielęgniarka,****położna,****higienistka szkolna)** | **Numer prawa wykonywania zawodu (pielęgniarki, położnej lub nr dyplomu higienistki szkolnej)** | **Forma zatrudnienia (umowa o pracę/ umowa cywilnoprawna)** | **Wymiar etatu/****równoważnik etatu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**2. Wykaz pielęgniarek / położnych** tzw. „pielęgniarek praktyki” objętych wzrostem wynagrodzenia ze wzrostu finansowania świadczeń lekarza poz zgodnie z zarządzeniami Prezesa NFZ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Grupa zawodowa****(pielęgniarka****/ położna)** | **Numer prawa wykonywania zawodu (pielęgniarki/ położnej)** | **Forma zatrudnienia (umowa o pracę/ umowa cywilnoprawna)** | **Wymiar etatu/****równoważnik etatu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

*miejscowość, data podpis/pieczątka uprawnionej osoby*

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Elblągu**  po zapoznaniu się z przedstawionym wnioskiem wydaje opinię **pozytywną/negatywną** w sprawie sposobu podziału wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

*Elbląg, dnia……………… …………………………… Podpis i pieczątka osoby upoważnionej*

*przez ORPiP w Elbląg*