

Wniosek o wyrażenie zgody na przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i/lub załącznika z ustalenia warunków finansowych na następny okres rozliczeniowy

.....
 (nazwa, NIP i Regon z rejestru) zwany dalej **Cedentem** oraz

.....
 (nazwa, NIP i Regon z rejestru) zwanym dalej **Cesjonariuszem**

zwracają się do Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, z wnioskiem o wyrażenie zgody na przeniesienie na Cesjonariusza z dniem praw i obowiązków wynikających z umowy nr o udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju..... w zakresach wymienionych w poniższej tabeli, zawartej w dniu pomiędzy Cedentem a Narodowym Funduszem Zdrowia - Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Gdańsku (POW NFZ), zwanej dalej **Umową**, zgodnie z danymi określonymi w poniższej tabeli:

Daty od - do			Okres obowiązywania Umowy (wieloletniej)		Okres rozliczeniowy rozliczany przez Cedenta		Okres rozliczeniowy rozliczany przez Cesjonariusza	
Kod i nazwa świadczenia zgodna z załącznikiem finansowym Umowy*			Dane z bieżącego okresu rozliczeniowego Ogółem wg załącznika nr 1 do Umowy		Do rozliczenia przez Cedenta		Do rozliczenia w umowie z Cesjonariuszem	
Lp	Kod	Nazwa	ilość	wartość	ilość	wartość	ilość	wartość
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1								
2								
...								
Razem								

*nie dotyczy umów w rodzaju POZ i ZPO

Cedent i Cesjonariusz zgodnie oświadczają, że powyższy podział ilości i wartości świadczeń dla każdej ze stron stanowi maksymalny zakres ilościowy i finansowy będący przedmiotem umowy cesji.

Cedent oświadcza, iż rozliczenie ilości i wartości świadczeń zrealizowanych przez Cedenta do dnia określonego w umowie cesji zostanie dokonane na zasadach określonych w umowie oraz zgodnie z limitami wynikającymi z kolumn 6 i 7 powyższej tabeli.

W przypadku wykonania mniejszej ilości świadczeń, niż to wynika z danych zawartych w kolumnie 6 i 7, Cedent oświadcza, iż dokona rozliczenia za świadczenia faktycznie wykonane do dnia cesji i wyraża zgodę na objęcie płatnością wyłącznie faktycznie wykonanych świadczeń.

W przypadku wykonania większej ilości świadczeń niż to wynika z danych zawartych w kolumnie 6 i 7, Cedent oświadcza, iż dokona rozliczenia za świadczenia w ilościach i wartościach zawartych

w kolumnach 6 i 7 oraz wyraża zgodę na objęcie płatnością wyłącznie tych świadczeń w ilościach i wartościach wynikających z kolumn 6 i 7 .

Cesjonariusz oświadcza, że przejmując prawa i obowiązki z Umowy w zakresie określonym w kolumnach 8 i 9 powyższej tabeli, nie zgłasza i nie będzie zgłaszał w przyszłości żadnych roszczeń wobec Pomorskiego OW NFZ z tytułu realizacji niniejszej umowy za okres wskazany w powyższej tabeli jako rozliczany przez Cedenta.

Cesjonariusz oświadcza, że spełnia warunki do bycia świadczeniodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. z 2008 r. Dz. U. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz:

- udziela/nie udziela świadczeń zdrowotnych w ramach umów z POW NFZ lub *
- powstał w wyniku prawnego przekształcenia Cedenta lub*
- współpracował z Cedentem, jako podwykonawca, w zakresie wykonywania świadczeń objętych umową cesji przez co najmniej 6 miesięcy przed dniem złożenia wniosku o zgodę na cesję umowy.*

* (niepotrzebne skreślić).

Cesjonariusz wyraża zgodę na przeprowadzenie ewentualnej kontroli co do złożonych oświadczeń i wykazywanych we wniosku dokumentów.

Cedent i **cesjonariusz** akceptują fakt, że brak załączonych do wniosku kompletnych wymaganych przez POW NFZ dokumentów, według załącznika, dostarczonych do siedziby Oddziału nie później niż na jeden miesiąc przed planowanym terminem cesji praw i obowiązków, może spowodować przesunięcie terminu cesji lub odrzucenie wniosku.

Nazwiska i numery telefonów osób odpowiedzialnych za przeprowadzenie cesji:

- ze strony Cedenta:
- ze strony Cesjonariusza:.....

Cedent

Cesjonariusz

Opinia Koordynatora procesu w Pomorskim OW NFZ:

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na cesję

Dyrektor