Załącznik Nr 16 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2022 r.

**WNIOSEK**

**Dane Wnioskującego**

Nazwa: ……………………………………………..

adres: ………………………………………………

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….……………………….

Nr REGON: ………………………………………..

Wnioskuję niniejszym o zawarcie ze mną na okres …………………………………., umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w miejscach udzielania świadczeń i zgodnie z zakresami świadczeń w tych miejscach, określonych w realizowanej aktualnie umowie nr ……………………………………………………….. .

**Oświadczam, że:**

**I. *właściwe zaznaczyć***[1](fnote://50A3C0BE-282D-4864-9649-A69C8E7FBC00) ***:***

1. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem:

1) podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ……………………………………………………………,

pod numerem .………………………………………… ,

2) praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez ……………………………………………………………,

pod numerem .………………………………………… .

3) osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

nie dotyczy\*

2. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem wpisany do:

Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem ……………………………………..;

nie dotyczy\*

3. Oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jestem wpisany do:

⁭Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

⁭nie dotyczy\*

**II.      Dokumenty**[2](fnote://70ECCED5-2842-4674-8319-F71AF5881090)**:**

1. kopia umowy spółki lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienie o zasadach reprezentacji spółki albo uchwała wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez pozostałych wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;

2. kopia zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON nadanym przez właściwy urząd statystyczny, zawierającego oznaczenie szczegółowe przedmiotu prowadzonej działalności;

**III.      Informacje:**

1. o miejscach udzielania świadczeń;

2. dotyczące posiadanego sprzętu;

3. o personelu medycznym i harmonogramach jego pracy;

4. podwykonawcach

-  zostały złożone …………………..…… (nazwa oddziału) Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia postępowaniu Nr ……………………….……….[3](fnote://BE444639-5225-46E1-A8D1-BAA5D4DB16B3) dotyczącym świadczeń ………………………………………………….…… (rodzaj świadczeń), a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

Wnioskuję jednocześnie o wykorzystanie przez ………………….. Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia moich dokumentów rejestracyjnych oraz zawartych w realizowanej aktualnie umowie danych w zakresie pkt III, w celu zawarcia umowy;

**IV.**W okresie obowiązywania umowy będę miał zawartą umowę ubezpieczenia OC zgodnie z wymogami obowiązujących aktów prawnych;

**V.      Jednocześnie oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z warunkami zawarcia i realizacji umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;

2. zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

3. zapoznałem się i akceptuję wzór umowy określony w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;

4. posiadam tytuł prawny do korzystania z:

a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,

b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;

5. w przypadku świadczeń transportu sanitarnego w poz, posiadam tytuł prawny do korzystania ze:

a) środków transportu sanitarnego zgłoszonych do realizacji umowy;

b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie środków transportu sanitarnego;

6. będę wykonywał świadczenia objęte umową z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa odpowiednio do przedmiotu umowy, w pkt 4 i 5;

7. spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;

8. spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczenia opieki zdrowotnej;

9. nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| .................................................... |  | .................................................... |
| Miejscowość, data |  | Oznaczenie wnioskującego |