Załącznik Nr 5 do zarządzenia Nr 99/2023/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2023 r.

**WNIOSEK**

**Dane Wnioskującego**

Nazwa: ……………………………………………..

adres: ………………………………………………

nr telefonu: …………………………………………

Nr NIP: …………………….……………………….

Nr REGON: ………………………………………..

Składam wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, na okres …………………………………., w miejscach udzielania świadczeń i zgodnie z zakresami świadczeń w tych miejscach, określonymi w realizowanej aktualnie umowie nr ……………………………………………………….. .

**I. Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że 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 jestem wpisany do:

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

nie dotyczy\*

3. Oświadczam, że jestem wpisany do:

⁭Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

⁭nie dotyczy\*

**II.           Załączane dokumenty**[2](fnote://29815A3C-2B5F-417B-B6DF-0F67C3E34AB2) **:**

1) skan 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) skan 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 w repozytorium dokumentów na Portalu Świadczeniodawcy/SZOI

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 zawierania umów oraz przyjmuję je do stosowania;

2) zapoznałem się z ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określonymi w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;

3 ) posiadam tytuł prawny do korzystania z:

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

b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;

4) 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;

5) będę wykonywał świadczenia objęte umową zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 3-4;

6) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;

7) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;

8) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;

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 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| .................................................... |  | .................................................... |
| Miejscowość, data |  | Wnioskujący\*\* |

*\*możliwe wyłącznie w przypadku podmiotów, o których mowa w art. 161c ust. 1 ustawy, nie będących świadczeniodawcami w rozumieniu przepisów art. 5 pkt. 41 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*

*\*\*kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty*