

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA WNIOSKÓW  
O ZAWARCIE UMÓW  
O REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO  
W CENTRACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO  
NA ROK 2024**

**KOD POSTĘPOWANIA 11-24-000102/PPZ/18/4/13**

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (j.t Dz. U.z 2024 r. poz.146);

**Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,  
Adres: Marynarki Polskiej 148  
80-865 Gdańsk**

**zaprasza**

do składania wniosków o zawarcie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego na obszarze powiatu: 2261 - Gdańsk.

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w zarządzeniu Nr 55/2020/DSOZ Prezesa Funduszu z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego oraz w zarządzeniach zmieniających.

Wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, powinien być sporządzony zgodnie z postanowieniami zarządzenia Prezesa Funduszu z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego oraz zarządzeń zmieniających.

Wniosek powinien być sporządzony w formie elektronicznej i papierowej w oprogramowaniu i wersji wskazanej przez Fundusz.

Materiały dotyczące postępowania o zawarcie umowy na rok 2024 dostępne są w siedzibie Pomorskiego OW NFZ, adres: Marynarki Polskiej 148 80-865 Gdańsk, od dnia 07.06.2024 do dnia 27.06.2024 w godzinach 08:00 do 16:00 lub na stronie: [www.nfz-gdansk.pl](http://www.nfz-gdansk.pl).

Wnioskodawcy ubiegający się o zawarcie umów na rok 2024 proszeni są o złożenie wniosków do dnia 14.06.2024. Wnioski rozpatrywane będą według kolejności ich rejestracji, z uwzględnieniem czasu niezbędnego na analizę i ocenę wniosku.

**Wnioskodawca może złożyć w Pomorskim OW NFZ tylko jeden wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.**

Gdańsk 04.06.2024r.

Miejsce, data

p.o. Dyrektora Aleksandra Łomowska

**Podpis Dyrektora Oddziału**  
**p.o. DYREKTOR**  
**Z-CZ DYREKTORA DS. EKONOMICZNO-FINANSOWYCH**  
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
*Aleksandra Łomowska*