

Do Instrukcji wprowadzonej Zarządzeniem Dyrektora nr 18/03 z dnia 18.08.2003

**Wniosek o wyrażenie zgody na cesję praw i obowiązków z umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych.**

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

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

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

Daty od - do			Okres obowiązywania Umowy		Okres obowiązywania Umowy rozliczany przez Cedenta		Okres obowiązywania Umowy przekazanej Cesjonariuszowi	
Kod i nazwa świadczenia zgodna z załącznikiem finansowym Umowy			Ogółem wg 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								

**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 POW 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 (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 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 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 o kwartał lub odrzucenie wniosku.

Nazwiska i numery telefonów osób odpowiedzialnych za przeprowadzenie cesji:

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

Cedent

Cesjonariusz

Opinia Wydz. Świadczeń Zdrowotnych:

Wyrażam zgodę / Nie wyrażam zgody na cesję

Dyrektor