

Dane Wnioskującego

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Nr faksu:

WNIOSEK

Wnioskuję niniejszym o zawarcie ze mną na okres od dnia 1 stycznia 2016 r. na czas nieoznaczony, umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w miejscach udzielania i świadczeń i zgodnie z zakresami świadczeń w tych miejscach, określonych w realizowanej aktualnie umowie nr

Oświadczam, że:

I. właściwe zaznaczyć¹:

1. Niniejszym oświadczam, że jako składający wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej jestem:
podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez,
pod numerem ;
praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez,
pod numerem ;
osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej;
nie dotyczy*

¹ Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2015 r., poz. 518, z późn. zm).

* 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

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

Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem;
nie dotyczy

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

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
nie dotyczy

II. Dokumenty²:

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 Zachodniopomorskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia w postępowaniu Nr³ dotyczącym świadczeń w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej, a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

Wnioskuje jednocześnie o wykorzystanie przez Zachodniopomorski 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 i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;

² Wnioskujący skreśla dokumenty, których nie ma obowiązku składać, oraz dokumenty, które nie są w posiadaniu oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

³ Zgodnie z numerem ogłoszenia o postępowaniu, w którym złożono wykazane dokumenty

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 zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna;
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 2015 r., poz. 518, z późn. zm.).

.....
miejsowość, data

.....
pieczęćka i czytelny podpis osoby
uprawnionej do reprezentowania
Świadczeniodawcy