

Dane Wnioskującego

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

WNIOSEK

Wnioskuje niniejszym o zawarcie ze mną na okres,
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*

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

Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem

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

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 (nazwa oddziału) oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia w postępowaniu Nr³ dotyczącym świadczeń (rodzaj świadczeń), a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień dzisiejszy.

Wnoszę 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 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

² Wnoszący 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

- 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

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