

WZÓR

WNIOSEK O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA

I. DANE IDENTYFIKACYJNE UPRAWNIONEGO ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	

II. UMOWA O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ UPRAWNIONEGO ŚWIADCZENIODAWCY

Nr umowy	
----------	--

III. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA

zł:	Słownie złotych:
-----	------------------

IV. MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ¹ (maksymalnie 4 miejsca udzielania świadczeń)

Unikalny wyróżnik miejsca udzielania świadczeń		Nazwa miejsca udzielania świadczeń			
		Adres miejsca		Teryt	
Nr prawa wykonywania zawodu lekarza uprawnionego do wystawiania zaświadczeń lekarskich (NPWZ) (maksymalnie 4 NPWZ do jednego miejsca udzielania świadczeń)					
Unikalny wyróżnik miejsca udzielania świadczeń		Nazwa miejsca udzielania świadczeń			
		Adres miejsca		Teryt	
Nr prawa wykonywania zawodu lekarza uprawnionego do wystawiania					

¹ Wypełnić w zależności od liczby miejsc udzielania świadczeń objętych wnioskiem o udzielenie dofinansowania.

zaświadczeń lekarskich (NPWZ) (maksymalnie 4 NPWZ do jednego miejsca udzielania świadczeń)					
Unikalny wyróżnik miejsca udzielania świadczeń		Nazwa miejsca udzielania świadczeń			
		Adres miejsca		Teryt	
Nr prawa wykonywania zawodu lekarza uprawnionego do wystawiania zaświadczeń lekarskich (NPWZ) (maksymalnie 4 NPWZ do jednego miejsca udzielania świadczeń)					
Unikalny wyróżnik miejsca udzielania świadczeń		Nazwa miejsca udzielania świadczeń			
		Adres miejsca		Teryt	
Nr prawa wykonywania zawodu lekarza uprawnionego do wystawiania zaświadczeń lekarskich (NPWZ) (maksymalnie 4 NPWZ do jednego miejsca udzielania świadczeń)					

V. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO ŚWIADCZENIODAWCY, NA KTÓRY PRZEKAZANE ZOSTANĄ ŚRODKI Z DOTACJI

Dane posiadacza rachunku bankowego	
Nr rachunku bankowego	

VI. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- 1) spełniam warunki do otrzymania dofinansowania określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków rozliczania środków pochodzących z dotacji celowej z budżetu państwa na dofinansowanie zakupu urządzeń informatycznych i oprogramowania oraz kosztów niezbędnego szkolenia świadczeniodawców;

- 2) mam/nie mam², możliwość odliczenia podatku VAT (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2017 r. poz. 1221, z późn. zm.).

VI. ZOBOWIĄZANIE

Zobowiązuję się do:

- 1) wykorzystania dofinansowania zakupu urządzeń informatycznych i oprogramowania oraz niezbędnego szkolenia świadczeniodawców wyłącznie na cele wskazane w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków rozliczania środków pochodzących z dotacji celowej z budżetu państwa na dofinansowanie zakupu urządzeń informatycznych i oprogramowania oraz kosztów niezbędnego szkolenia świadczeniodawców i w terminie do dnia 31 grudnia 2018 r. Za wykorzystanie przyznanych środków rozumie się zakup, zapłatę oraz odbiór sprzętu i oprogramowania, jak również zakończenie realizacji szkoleń;
- 2) stosowania procedur zawierania umów wynikających z ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, chyba że świadczeniodawca nie jest zamawiającym w rozumieniu tej ustawy;
- 3) respektowania do upływu pięciu lat od dnia 1 stycznia 2019 r. prawa kontroli przez Ministra Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia sposobu wykorzystania przez świadczeniodawców dofinansowania udzielonego przez Fundusz oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich w postaci elektronicznej;
- 4) informowania, w każdy dostępny sposób, że źródłem finansowym zakupionych w ramach dofinansowania urządzeń informatycznych, oprogramowania lub przeprowadzonych szkoleń są środki pochodzące z budżetu państwa i przekazane przez Ministra Zdrowia, co najmniej przez umieszczenie naklejki informacyjnej na sprzęcie;
- 5) przechowywania dokumentacji związanej z udzielenie dofinansowania, w tym zwłaszcza dowodów zakupu lub wykonania usługi, przez okres co najmniej pięciu lat począwszy od 1 stycznia 2019 r., chyba że przepisy powszechnie obowiązujące przewidują dłuższy okres przechowywania dokumentacji.

.....
Miejscowość i data

.....
Pieczęć i podpis
osoby upoważnionej
do reprezentowania świadczeniodawcy

² Niepotrzebne skreślić