Załączniki do zarządzenia Nr 115/2018/DEF

Prezesa NFZ, z dnia 6 listopada 2018 r.

Załącznik nr 1

*WZÓR*

**WNIOSEK O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA**

1. **DANE IDENTYFIKACYJNE UPRAWNIONEGO ŚWIADCZENIODAWCY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa |  | | |
| Adres siedziby |  | | |
| Kod terytorialny i nazwa |  | | |
| REGON |  | NIP |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nr umowy |  |

1. **KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA**

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

1. **MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ[[1]](#footnote-1) (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 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) | |  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Dane posiadacza rachunku bankowego |  |
| Nr rachunku bankowego |  |

1. **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 mam[[2]](#footnote-2), 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 |

1. Wypełnić w zależności od liczby miejsc udzielania świadczeń objętych wnioskiem o udzielenie dofinansowania. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-2)