

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa.....

Adres.....

Nr umowy.....

### **OŚWIADCZENIE**

#### **O UZGODNIENIU PODZIAŁU ŚRODKÓW NA ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH PRZEZ PIELEŃNIARKI POZ, POŁOŻNE POZ, PIELEŃNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNE**

.....  
reprezentowany przez

.....,

oświadcza, iż dokonał podziału środków, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), w okresie od dnia 1 września 2018 r. do dnia 31 sierpnia 2019 r.,

- odpowiednio do możliwości wynikających z formy prowadzenia działalności leczniczej, poprzez:

- 1) zawarte porozumienie, albo
- 2) pozytywnie zaopiniowany sposób podziału środków, albo
- 3) w równej miesięcznej wysokości w przeliczeniu na etat albo równoważnik etatu pielęgniarki albo położnej.

Kopie stosownych dokumentów stanowią załączniki do oświadczenia.

Miejscowość, data .....

Podpis i pieczęć .....