

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa.....

Adres.....

Nr umowy.....

OŚWIADCZENIE

**O UZGODNIENIU PODZIAŁU ŚRODKÓW NA ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA
ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH PRZEZ PIEŁĘGNIARKI POZ, POŁOŻNE POZ,
PIEŁĘGNIARKI/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 2019 r., poz. 1373), w okresie od dnia 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 *Oznaczenie świadczeniodawcy*