*Wzór wniosku*

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

w Łodzi

ul. E. Plater 34

91-762 Łódź

**Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz 1628) wnoszę o zaopiniowanie sposobu podziału dodatkowych środków przekazanych na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki/położne realizujące świadczenia w:**

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

*( Nazwa, adres podmiotu,/pieczątka )*

**Oświadczam, że:**

1. Ilość etatów/równoważników etatów pielęgniarek i położnych, których obejmie wzrost wynagrodzenia wynosi:………………………………..…………
2. Zastosowane kryterium przyznania dodatkowych środków dla pielęgniarek/położnych (należy wskazać, czy wzrost wynagrodzenia nastąpi w równej miesięcznej wysokości na etat/równoważnik etatu, czy też w inny sposób): …………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………….……..…..…………………………………………………………………………………………………..……

……………………............... ………………………………….

*miejscowość, data podpis/pieczątka uprawnionej osoby*