

Oznaczenie podmiotu przekazującego informację do  
Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

## INFORMACJA

W załączeniu przekazuję:

- 1) wykaz stanowisk, o którym mowa w § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem (Dz. U. poz. 775);
- 2) listę osób zatrudnionych na stanowiskach zamieszczonych na wykazie, o którym mowa w pkt 1, obejmującą:
  - a) imię i nazwisko,
  - b) numer PESEL,
  - c) numer prawa wykonywania zawodu;
- 3) oświadczenia osób, o których mowa w pkt 2, dotyczące:
  - a) wysokości wynagrodzeń uzyskiwanych przez te osoby,
  - b) wyrażenia zgody na udostępnienie .....<sup>1)</sup> Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia informacji, o których mowa w lit. a,
  - c) wyrażenia zgody na przetwarzanie przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, o którym mowa w lit. b oraz przez ministra właściwego do spraw zdrowia, danych określonych w lit. a

- w celu ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia z tytułu objęcia ograniczeniem, o którym mowa w § 1 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2020 r. w sprawie standardów w zakresie ograniczeń przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom innym niż z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 przez osoby wykonujące zawód medyczny mające bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem tym wirusem, i przekazania środków finansowych na jego wypłatę.

Ponadto informuję, że wysokość łącznej kwoty środków niezbędnych do zapewnienia w miesiącu .....<sup>2)</sup> dodatkowego świadczenia pieniężnego, uwzględniającej pozostające po stronie pracodawcy koszty na składki na ubezpieczenie społeczne, Fundusz Pracy, Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych i Fundusz Emerytur Pomostowych, dla osób określonych w pkt 2, wynosi .....zł. (słownie: .....).

*Podpis osoby składającej informację*

<sup>1)</sup> Należy wskazać nazwę właściwego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

<sup>2)</sup> Należy wskazać miesiąc, za który wypłacane będzie dodatkowe świadczenie pieniężne.