

WZÓR

.....
(pieczęć Wnioskodawcy)

.....
(miejscowość, data)

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ

- I. Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, do którego adresowany jest wniosek:

- II. Dane dotyczące wnioskodawcy

Pełna nazwa wnioskodawcy:

1. Siedziba wnioskodawcy - miejscowość, ulica i numer lokalu, telefon, fax, e-mail:

2. Nr identyfikacyjny NIP:

3. Nr identyfikacyjny Regon:

4. Nazwiska i imiona osób upoważnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy :

5. Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku:

6. Dane posiadacza oraz numer rachunku bankowego, na który przekazane zostaną środki:

--

III. Program realizowany przez Wnioskodawcę

1. Nazwa Programu:

--

2. Cel główny Programu *(Określenie najważniejszego celu, do którego należy dążyć podczas trwania programu. Sugeruje się określenie jednego celu głównego. Ma on być możliwy do osiągnięcia podczas trwania programu.):*

--

3. Cele szczegółowe Programu *(Wskazanie kilku celów szczegółowych, które mogą odnosić się do skutków zastosowania danych interwencji w określonej populacji np. skonkretyzowane, mierzalne, osiągalne, realne, określone w czasie):*

--

4. Grupy docelowe oraz przewidywana liczba osób objętych wsparciem *(Określenie populacji, kryteria włączenia np.: wiek, płeć, kryteria wykluczenia):*

--

5. Opis Programu oraz spodziewanych korzyści z realizacji Programu *(Określenie części składowych programu; planowanych interwencji; kryteria i sposób kwalifikacji uczestników; tryb zapraszania do programu; zasady udzielania świadczeń zdrowotnych)*:

6. Mierniki efektywności *(Określenie za pomocą jakich mierników możliwe jest osiągnięcie założonych celów)*:

Lp.	Wskaźnik realizacji celu	Jednostka pomiaru	Wartość bazowa	Wartość docelowa
1.				
2.				
3.				

7. Informacja o wymaganiach w zakresie zasobów rzeczowych zapewniających prawidłową realizację Programu:

8. Informacja o wymaganiach w zakresie zasobów kadrowych oraz kompetencji osób zapewniających prawidłową realizację Programu:

IV. Źródła finansowania:

Lp.	Wyszczególnienie	Wartość	%
1.	Ogółem		100
2.	Wnioskowane dofinansowanie z NFZ		
3.	Środki własne		
4.	Środki uzyskane od innych podmiotów:		
4.1	<i>nazwa podmiotu</i>		
4.2	<i>nazwa podmiotu</i>		

V. Harmonogram realizacji Programu:

--

VI. Planowane koszty realizacji Programu:

Lp.	Zadanie	Ilość jednostek	Koszt jednostkowy (cena brutto w zł)	Rodzaj miary	Koszt całkowity (kwota brutto w zł)
1.					
2.					
3.					
4.					
Ogółem					

Oświadczenie Wnioskodawcy:

- Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
- Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania Wnioskodawcy w zakresie objętym niniejszym wnioskiem.
- Oświadczam, że zadania przewidziane do realizacji i wydatki przewidziane do poniesienia w ramach Programu nie są i nie będą współfinansowane z innych źródeł niż te wskazane we wniosku.
- Oświadczam, że wybór realizatora Programu nastąpi w wyniku otwartego konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z art. 48b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.)

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób upoważnionych
do reprezentowania Wnioskodawcy)

Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty

1. Pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 7 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024r. poz. 146, ze zm.), albo oświadczenie o zgodności projektu programu polityki zdrowotnej z rekomendacją Prezesa Agencji, o którym mowa w art. 48aa ust.11.
2. Pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z wojewódzkim planem transformacji, o którym mowa w art. 95c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670).