

WZÓR WNIOSKU

.....
(pieczęćka Wnioskodawcy)

.....
(miejsowość, data)

WNIOSEK

O DOFINANSOWANIE PROGRAMÓW POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

II. Dane dotyczące wnioskodawcy

1. Pełna nazwa wnioskodawcy:

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

3. Nr identyfikacyjny NIP:

4. Nr identyfikacyjny Regon:

WZÓR WNIOSKU

5. **Nazwiska i imiona osób uprawnionych do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu Wnioskodawcy:**

6. **Nazwisko i imię oraz telefon kontaktowy do osoby upoważnionej do składania wyjaśnień i uzupełnień dotyczących wniosku (wymagane dołączenie do wniosku stosownego pełnomocnictwa):**

III. Program realizowany przez Wnioskodawcę

1. **Nazwa Programu:**

2. **Cel główny Programu (Określenie najważniejszego celu, do którego należy dążyć podczas trwania programu. 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 – skonkretyzowane, mierzalne, osiągalne, realne, określone w czasie):**

WZÓR WNIOSKU

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

--

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 osiągnięcia celu (*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:

--

WZÓR WNIOSKU

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:

1. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą.
2. Oświadczam, że jestem uprawniony do reprezentowania Wnioskodawcy w zakresie objętym niniejszym wnioskiem.

WZÓR WNIOSKU

3. 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.
4. Do wniosku składam następujące dokumenty:
 - a. Pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydaną w trybie, o którym mowa w art. 48a ust. 3 pkt 2. ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2019 poz. 1373 ze zm.).
 - b. Pozytywną opinię wojewody dotyczącą zgodności planowanego programu z priorytetami dla regionalnej polityki zdrowotnej, o których mowa w art. 95c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2019 poz. 1373 ze zm.), oraz zgodności z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (t.j. Dz. U. 2019 poz. 2365 ze zm.).
 - c. Pełny opis programu.
 - d. Informację o numerze rachunku bankowego.

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