Załączniki do zarządzenia Nr 154/2019/DEF

Prezesa NFZ, z dnia 15 listopada 2019 r.

Załącznik nr 1

*WZÓR*

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O FINANSOWANIE AKTYWOWANIA INTERNETOWYCH KONT PACJENTÓW**

1. **DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIODAWCY**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa |  | | |
| Adres siedziby |  | | |
| REGON |  | NIP |  |

1. **UMOWA O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr umowy |  |

1. **DEKLAROWANA LICZBA AKTYWOWANYCH INTERNETOWYCH KONT PACJENTÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| w 2019 r. |  |
| w 2020 r. |  |

Łączna zadeklarowana liczba aktywowanych Internetowych Kont Pacjentów w latach 2019-2020 nie może przekraczać 10% liczby świadczeniobiorców, o których mowa w art. 20c ust. 2b ustawy dnia 17 lutego 2005 o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 700, z późn. zm.), według stanu na pierwszy dzień miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym składany jest wniosek o zawarcie umowy o finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjentów.

1. **NUMER RACHUNKU BANKOWEGO ŚWIADCZENIODAWCY, NA KTÓRY PRZEKAZANE ZOSTANĄ ŚRODKI**

|  |  |
| --- | --- |
| Dane posiadacza rachunku bankowego |  |
| Nr rachunku bankowego |  |

1. **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że spełniam warunki do zawarcia umowy o aktywowanie Internetowych Kont Pacjentów określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………… | ……………………………………. |
| Miejscowość i data | Podpis świadczeniodawcy /osoby upoważnionej do reprezentowania świadczeniodawcy |