Załączniki do zarządzenia Nr 127/2019/DEF

Prezesa NFZ, z dnia 26 września 2019 r.

Załącznik nr 1

**WNIOSEK O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA**

1. **DANE IDENTYFIKACYJNE UPRAWNIONEGO ŚWIADCZENIODAWCY**

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

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

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

1. **KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA**

|  |  |
| --- | --- |
| zł: | Słownie złotych: |

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

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

1. **OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

1. spełniam warunki do otrzymania dofinansowania określone w zarządzeniu   
   Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2019 r. dofinansowania zakupu urządzeń informatycznych lub oprogramowania dla świadczeniodawców;
2. wydatki poniesione na zakup urządzeń informatycznych lub oprogramowania objęte niniejszym wnioskiem o udzielenie dofinansowania zostały sfinansowane ze środków własnych, przed złożeniem wniosku o udzielenie dofinansowania i nie były objęte dofinansowaniem z innych źródeł,   
   w szczególności z dotacji celowej z budżetu państwa na dofinansowanie zakupu urządzeń informatycznych i oprogramowania oraz kosztów niezbędnego szkolenia świadczeniodawców;
3. nie korzystałem i nie zamierzam korzystać z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zwiększoną stawką kapitacyjną, wynikającą z wystawiania recept w postaci elektronicznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499, z późn. zm.), na podstawie zarządzenia Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (ze zm.);
4. mam/nie mam[[1]](#footnote-1), możliwość odliczenia podatku VAT (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.).

**VI. ZOBOWIĄZANIE**

Zobowiązuję się do:

1. wykorzystania dofinansowania zakupu urządzeń informatycznych lub oprogramowania dla świadczeniodawców wyłącznie na cele wskazane   
   w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2019 r. dofinansowania zakupu urządzeń informatycznych lub oprogramowania dla świadczeniodawców.   
   Za wykorzystanie przyznanych środków rozumie się zakup, zapłatę oraz odbiór urządzeń informatycznych lub oprogramowania;
2. stosowania procedur zawierania umów wynikających z ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych, chyba że świadczeniodawca nie jest zamawiającym w rozumieniu tej ustawy;
3. respektowania do upływu pięciu lat od dnia 1 stycznia 2020 r. prawa kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia sposobu wykorzystania przez świadczeniodawców dofinansowania udzielonego przez Fundusz oraz wystawiania zaświadczeń lekarskich w postaci elektronicznej;
4. przechowywania dokumentacji związanej z udzieleniem dofinansowania,   
   w tym zwłaszcza dowodów zakupu lub wykonania usługi, przez okres co najmniej pięciu lat począwszy od 1 stycznia 2020 r., chyba że przepisy powszechnie obowiązujące przewidują dłuższy okres przechowywania dokumentacji;
5. zwrotu otrzymanego dofinansowania zakupu urządzeń informatycznych lub oprogramowania, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia jego otrzymania,   
   w przypadku skorzystania z finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zwiększoną stawką kapitacyjną, wynikającą z wystawiania recept w postaci elektronicznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 499, z późn. zm.), na podstawie zarządzenia Nr 120/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia   
   z dnia 29 listopada 2018 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów   
   o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (ze zm.).

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

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)