

# PRZYKŁADOWY WZÓR

.....  
(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:**

## PRZYKŁADOWY WZÓR

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):*

--

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

--

## PRZYKŁADOWY WZÓR

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:

--

#### IV. Źródła finansowania:

Lp.	Wyszczególnienie	Wartość	%
1.	<b>Ogółem</b>		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>		

## PRZYKŁADOWY WZÓR

### 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.					
<b>Ogółem</b>					

### 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.
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 (Dz. U. 2016 poz. 1793 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, 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 (Dz. U. poz. 1916).

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