

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA WNIOSKÓW
O ZAWARCIE UMÓW O REALIZACJĘ
PROGRAMU PILOTAŻOWEGO ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ -
PROGRAM PILOTAŻOWY RECEPTA NA RUCH: NA ROK 2024**

KOD POSTĘPOWANIA 10-24-000023/PPZ/1821/06

Na podstawie ustawy o świadczeniach - ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)

**PODLASKI OW NFZ W BIAŁYMSTOKU
Adres: BIAŁYSTOK ul. PAŁACOWA 3**

zaprasza

do składania wniosków o zawarcie umów o realizację programu pilotażowego ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ - PROGRAM PILOTAŻOWY RECEPTA NA RUCH: na obszarze województwa PODLASKIEGO.

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w zarządzeniu nr 179/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 grudnia 2023 r. w sprawie umów o realizację z zakresu ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ - PROGRAM PILOTAŻOWY RECEPTA NA RUCH.

Wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego, powinien być sporządzony zgodnie z postanowieniami zarządzenia nr 179/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 grudnia 2023 r. w sprawie programu pilotażowego „Recepta na ruch”.

Wniosek powinien być sporządzony w formie elektronicznej i papierowej w oprogramowaniu i wersji wskazanej przez Fundusz.

Materiały dotyczące postępowania o zawarcie umowy na rok 2024 dostępne są w siedzibie PODLASKIEGO OW NFZ, adres: BIAŁYSTOK ul. PAŁACOWA 3, od dnia 08.01.2024 do dnia 06.12.2024 w godzinach 8:00-16:00 lub na stronie: www.nfz-bialystok.pl

Wnioskodawcy ubiegający się o zawarcie umów na 2024 rok proszeni są o złożenie wniosków do dnia 15-01-2024 r. Wnioski rozpatrywane będą według kolejności ich rejestracji, z uwzględnieniem czasu niezbędnego na analizę i ocenę wniosku.

Wnioskodawca może złożyć w PODLASKIM OW NFZ, tylko jeden wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego z zakresu ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ - PROGRAM PILOTAŻOWY RECEPTA NA RUCH

.....
Podpis Dyrektora Oddziału

.....
Miejsce, data

Potwierdzam zgodność kopii wydruku z dokumentem elektronicznym:

Identyfikator dokumentu	1040928.2136481.2625242
Nazwa dokumentu	[P]Zaproszenie do składania wniosków.rtf
Tytuł dokumentu	[P]Zaproszenie do składania wniosków
Sygnatura dokumentu	NFZ10-WSOZS.4114.26.2023
Data dokumentu	2024-01-04
Skrót dokumentu	54DB2006F63BCA3B60B1FF344B8CEF46AA28C402
Wersja dokumentu	1.5
Data podpisu	2024-01-04 13:07:19
Podpisane przez	Maciej Bogdan Olesiński Dyrektor Oddziału
Rodzaj certyfikatu	Certyfikat kwalifikowany podpisu elektronicznego

EZD 3.118.1.1.

Data wydruku: 2024-01-05

Autor wydruku: LASIK KAROLINA (SPECJALISTA)