

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA WNIOSKÓW
O OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH
W ZAKRESIE KOMPLEKSOWA OPIEKA PO ZAWALE MIĘŚNIA SERCOWEGO (KOS-ZAWAŁ)
UMOWĄ PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146)

**PODLASKI ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Adres: BIAŁYSTOK ul. PAŁACOWA 3

zaprasza

do składania wniosków o objęcie świadczeń kompleksowych umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, na obszarze województwa PODLASKIEGO

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2017 r., poz. 2295 ze zm.) oraz przepisach wydanych na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1. ww. ustawy.

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

Materiały dotyczące postępowania o objęcie świadczeń kompleksowych umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanej dalej „umową PSZ”, dostępne są w siedzibie PODLASKIEGO OW NFZ, adres: BIAŁYSTOK, ul. PAŁACOWA 3, od dnia 08.03.2024 r. do dnia 30.06.2024 r. w godzinach 8:00 – 16:00 lub na stronie: www.nfz-bialystok.pl.

Wnioskujący ubiegający się o objęcie świadczeń kompleksowych umową PSZ na 2024 rok proszeni są o złożenie wniosków do dnia 16.05.2024 r.*

**Liczy się data wpływu do kancelarii oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Przekroczenie ww. terminu jest równoznaczne z odrzuceniem wniosku z przyczyn formalnych.*

Wnioskujący może złożyć w PODLASKIM OW NFZ, tylko jeden wniosek dotyczący danego zakresu świadczeń.

W przypadku wezwania Wnioskującego do usunięcia braków formalnych wniosku, kopertę z odpowiednimi dokumentami należy oznaczyć napisem: USUNIĘCIE BRAKÓW FORMALNYCH WNIOSKU O OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH UMOWĄ PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ.

.....
Podpis Dyrektora OW

.....
Miejsce, data