

1101**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 18 sierpnia 2009 r.

w sprawie wzorów wniosków w sprawie usunięcia danego świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych lub zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego lub warunków jego realizacji

Na podstawie art. 31k ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918 i Nr 118, poz. 989.

§ 1. Wzór wniosku w sprawie usunięcia świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

§ 2. Wzór wniosku w sprawie zmiany poziomu lub sposobu finansowania świadczenia gwarantowanego lub warunków jego realizacji jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 31 sierpnia 2009 r.

Minister Zdrowia: w z. *J. Szulc*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 18 sierpnia 2009 r. (poz. 1101)

Załącznik nr 1

WZÓR

numer wniosku*	
data wpływu wniosku*	
<p>podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>	

WNIOSEK W SPRAWIE USUNIĘCIA ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ Z WYKAZU ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH
--

1.	Oznaczenie podmiotu**	
2.	Siedziba podmiotu** lub jego adres	
3.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej do złożenia wniosku	
4.	Adres do korespondencji	
5.	Numer telefonu	
6.	Numer faksu	
7.	E-mail	
8.	Nazwa świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek (kod/symbol)	
9.	Uzasadnienie wskazujące wpływ danego świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli i skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia	

Załącznik nr 2

WZÓR

numer wniosku*	
data wpływu wniosku*	
<p>podpis pracownika przyjmującego wniosek</p>	

**WNIOSEK W SPRAWIE ZMIANY POZIOMU LUB SPOSOBU FINANSOWANIA
ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO LUB WARUNKÓW JEGO REALIZACJI ****

1.	Oznaczenie podmiotu ***	
2.	Siedziba podmiotu *** lub jego adres	
3.	Imię i nazwisko osoby upoważnionej do złożenia wniosku	
4.	Adres do korespondencji	
5.	Numer telefonu	
6.	Numer faksu	
7.	E-mail	
8.	Nazwa świadczenia opieki zdrowotnej, którego dotyczy wniosek (kod/symbol)	
9.	Uzasadnienie wskazujące wpływ danego świadczenia opieki zdrowotnej na stan zdrowia obywateli i skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia	

