

....., dnia2021 roku

Dyrekcja

.....
w.....

Ja, niżej podpisana/podpisanywnoszę o umieszczenie mnie na liście osób wykonujących zawód medyczny uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem lub zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, które otrzymują dodatkowe świadczenie miesięczne zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia wydanym 4 września 2020 roku Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia (w brzmieniu ustalonym 1 listopada 2020 r.).

Wnoszę o niezwłoczne poinformowanie mnie o umieszczeniu na tej liście.

Jednocześnie oświadczam, że wyrażam zgodę na udostępnienie Lubelskiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia i przetwarzanie przez ten Oddział oraz ministra właściwego do spraw zdrowia informacji o wysokości mojego miesięcznego wynagrodzenia w celu ustalenia wysokości dodatkowego świadczenia i przekazania środków finansowych na jego wypłatę.

Informuję także, że w okresie od.....2021 roku do2021 roku:

1. w Oddziale....., w którym udzielam świadczeń zdrowotnych, przebywali pacjenci z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 i pacjentom tym – w bezpośrednim z nimi kontakcie – udzielałem świadczeń zdrowotnych:
 - a. nr historii choroby
 - b. nr historii choroby
 - c. nr historii choroby
2. udzielałem konsultacji lekarskich w Izbie Przyjęć, SOR oraz na innych oddziałach szpitalnych, w których leczeni są pacjenci z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 i podczas tych konsultacji miałem z nimi bezpośredni kontakt.

.....
(Podpis osoby wnioskującej)