

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA WNIOSKÓW  
O ZAWARCIE UMÓW  
W RODZAJU: ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE  
NA ROK: 2023**

**KOD POSTĘPOWANIA 12-23-000572/ZPO/12/2/12.2971.033.09/6**

Na podstawie art.159 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.)

**Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,  
Kossutha 13  
40-844 Katowice**

**zaprasza**

do składania wniosków o zawarcie umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne, w następujących zakresach:

1. ZAOPATRZENIE W ŚRODKI POMOCNICZE Z WYŁĄCZENIEM ŚRODKÓW POMOCNICZYCH Z ZAKRESU PROTETYKI SŁUCHU I OPTYKI OKULAROWEJ

na obszarze województwa: 24 - ŚLĄSKIE

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w zarządzeniu nr 26/2022/DSOZ z późn. zm. Prezesa Funduszu z dnia 04.03.2022 w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: wyroby medyczne, powinien być sporządzony zgodnie z postanowieniami ww. zarządzenia.

Wniosek należy złożyć w formie papierowej i elektronicznej, sporządzony w oprogramowaniu i wersji co najmniej o nr 14,00 wskazanej przez Fundusz.

Materiały dotyczące postępowania o zawarcie umowy na rok 2023 dostępne są w siedzibie Śląskiego OW NFZ, adres: Kossutha 13 40-844 Katowice od dnia 14.03.2023 do dnia 05.05.2023 w godzinach 08:00 do 16:00 lub na stronie: [www.nfz-katowice.pl](http://www.nfz-katowice.pl).

Wnioskodawcy ubiegający się o zawarcie umów na 2023 rok proszeni są o złożenie wniosków do dnia 05.05.2023 roku. Wnioski rozpatrywane będą według kolejności ich rejestracji, z uwzględnieniem czasu niezbędnego na analizę i ocenę wniosku.

Wnioskodawca może złożyć w Śląskim OW NFZ, tylko jeden wniosek dotyczący danego zakresu świadczeń ZPO.

Piotr Nowak □ Dyrektor Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia  
Podpis Dyrektora Oddziału

.....  
Miejsce, data