

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA WNIOSKÓW
O ZAWARCIE UMÓW
W RODZAJU: ŚWIADCZENIA ODRĘBNI KONTRAKTOWANE
NA ROK 2022**

KOD POSTĘPOWANIA 12-22-000008/SOK/11/7/11.1450.200.02/06

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 z późn. zm.).

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

zaprasza

do składania wniosków o zawarcie umów w rodzaju SOK w następujących zakresach:

1 DZIECIĘCA OPIEKA KOORDYNOWANA (DOK)

na obszarze województwa: 24 - ŚLĄSKIE.

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w zarządzeniu Nr 178/2019/DSOZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin. Za życiem z późn. zm. Prezesa Funduszu z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju SOK.

Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: SOK, powinien być sporządzony zgodnie z postanowieniami zarządzenia Prezesa Funduszu z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w ww. rodzaju świadczeń.

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

Materiały dotyczące postępowania o zawarcie umowy na rok 2022 dostępne są w siedzibie Śląskiego OW NFZ, adres: Kossutha 13 40-844 Katowice, od dnia 17.11.2021 do dnia 10.11.2022 w godzinach 08:00 do 16:00 lub na stronie: www.nfz-katowice.pl.

Wnioskodawcy ubiegający się o zawarcie umów na rok 2022 proszeni są o złożenie wniosków do dnia 10.11.2022. 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.

.....

Miejsce, data

Ewa Kabza P.O. Dyrektor Śląskiego OW NFZ

Podpis Dyrektora Oddziału