

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA WNIOSKÓW
O ZAWARCIE UMÓW
W RODZAJU: ZAOPATRZENIE W WYROBY MEDYCZNE
NA ROK: 2018**

KOD POSTĘPOWANIA 12-18-000046/ZPO/12/2/12.2972.033.09/6

Na podstawie art.159 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, 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 ZAKRESIE OPTYKI OKULAROWEJ

na obszarze województwa: 24 - ŚLĄSKIE

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w zarządzeniu nr 59/2016/DSOZ Prezesa Funduszu z dnia 29.06.2016 r. 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 zarządzenia nr 59/2016/DSOZ Prezesa Funduszu z dnia 29.06.2016 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 2018 dostępne są w siedzibie Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, adres: Kossutha 13 40-844 Katowice od dnia 20.11.2017 do dnia 10.11.2018 w godzinach 08:00 do 16:00 lub na stronie: www.nfz-katowice.pl.

Wnioskodawcy ubiegający się o zawarcie umów na 2018 rok proszeni są o złożenie wniosków do dnia 11.12.2017 roku. Wnioski rozpatrywane będą według kolejności ich rejestracji, z uwzględnieniem czasu niezbędnego na analizę i ocenę wniosku.

Wnioskodawca może złożyć w Śląskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia tylko jeden wniosek dotyczący danego zakresu świadczeń ZPO.

Jerzy Szafranowicz Dyrektor Śląskiego OW NFZ
Podpis Dyrektora Oddziału

.....
Miejsce, data