Załącznik nr 2 do Zarządzenia Nr 1/2025

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii
im. Marii Skłodowskiej**-**Curie –
Państwowego Instytutu Badawczego

 z dnia 9 stycznia 2025 r.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Warszawa, dnia ………………..….. r.

*pieczątka wnioskującej jednostki organizacyjnej*

*Numer pisma:*

**Dyrektor**

**Narodowego Instytutu Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowego Instytutu Badawczego**

 w miejscu

**WNIOSEK O AKTUALIZACJĘ LICZBY ŁÓŻEK SZPITALNYCH**

Proponowana aktualizacja dotyczy: zakupu nowych / przeniesienia / likwidacji łóżek szpitalnych (właściwe należy podkreślić).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.P.** | **JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA** | **KOMÓRKA ORGANIZACYJNA** | **LICZBA ŁÓŻEK SZPITALNYCH OGÓŁEM** | **W TYM** | **LICZBA MIEJSC POBYTU DZIENNEGO****(łóżka/fotele)** |
| **LICZBA ŁÓŻEK INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ** |
| **1.** |  |  |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |  |  |

**Uzasadnienie merytoryczne proponowanych zmian oraz planowany termin ich wdrożenia (należy wskazać: przewidywane skutki dla udzielanych świadczeń zdrowotnych/ kontraktów
z Narodowym Funduszem Zdrowia w jednostce/komórce oraz w NIO-PIB; czy jednostka/komórka dysponuje niezbędną do zabezpieczenia świadczeń liczbą personelu, sprzętem medycznym itp.):**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Określenie przewidywanych skutków finansowych (np. zakup aparatury, wyposażenia sal, remont, itp.):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Określenie przewidywanych skutków lokalowych (należy wskazać: nr pomieszczeń, piętro gdzie będą znajdowały się nowe/przeniesione łóżka lub skąd je likwidujemy; w przypadku przeniesienie należy wskazać również nr pomieszczeń, piętro z którego przeniesione zostaną łóżka):**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| pieczątka i podpis wnioskującego Kierownika jednostki organizacyjnej | pieczątka i podpis Kierownika jednostki organizacyjnejw przypadku przeniesienia łóżek |

Weryfikacja proponowanych zmian wg właściwości

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Opiniują:** | Opinia: pozytywna/ negatywna/ innawraz z uzasadnieniem merytorycznym (jakie działania komórka opiniująca będzie zobowiązana podjąć w związku z proponowanymi zmianami, np. zmiany w umowach z NFZ/zmiany w RPWDL, remonty, zakup sprzętu medycznego, mebli, decyzje/opinie sanepidu itp.), analiza skutków, wskazanie ewentualnego ryzyka. | Podpis i pieczątka |
| Dział ds. Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych |  |  |
| Dział Gospodarki Aparaturowej |  |  |
| Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| akceptacja Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych | decyzja Dyrektora |