

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA WNIOSKÓW  
O ZAWARCIE UMÓW  
O REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO  
W CENTRACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO  
NA ROK 2022**

**KOD POSTĘPOWANIA 12-22-000049/PPZ/18/4/13**

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

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

**zaprasza**

do składania wniosków o zawarcie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego na obszarze powiatu: 2417 - żywiecki.

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w zarządzeniu Nr 55/2020/DSOZ Prezesa Funduszu z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego oraz w zarządzeniach zmieniających.

Wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, powinien być sporządzony zgodnie z postanowieniami zarządzenia Prezesa Funduszu z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego oraz zarządzeń zmieniających.

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 09.02.2022 do dnia 16.02.2022 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 rok 2022 proszeni są o złożenie wniosków do dnia 16.02.2022. 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 o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.**

Piotr Nowak Dyrektor Śląskiego OW NFZ

Podpis Dyrektora Oddziału

.....  
Miejsce, data