Załącznik nr 2 do Regulaminu

# **Wzór WNIOSku O DOFINANSOWANIE**

# **podmiotów leczniczych w ramach programu inwestycyjnegO[[1]](#footnote-2) w zakresie zadań polegających na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu[[2]](#footnote-3) szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR)[[3]](#footnote-4) lub pracowni diagnostycznych[[4]](#footnote-5) współpracujących z SOR[[5]](#footnote-6) ze środków Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych[[6]](#footnote-7)**

***Niniejszy dokument jest dokumentem poglądowym, w którym IOK wskazuje potencjalnym wnioskodawcom zakres danych niezbędnych do wypełnienia w interaktywnym formularzu Wniosku o dofinansowanie zamieszczonym na platformie POPI.***

1. **DANE WNIOSKODAWCY**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *1.* | *Nazwa (firma) wnioskodawcy* | *dane zgodne z KRS* |
| *2.* | ***Adres wnioskodawcy (miejscowość, kod pocztowy, nazwa ulicy i numer budynku)*** | *dane zgodne z KRS* |
| *3.* | ***Adres ePUAP podmiotu*** | *adres skrytki ePUAP* |
| *4.* | ***Forma prawna*** | *forma prawna podmiotu* |
| *5.* | ***REGON/NIP*** | *nadany REGON i nadany NIP* |
| *6.* | ***Numer KRS/ CEIDG*** | *nadany numer w KRS/ CEIDG* |
| *7.* | ***Nazwa banku*** | *nazwa banku wnioskodawcy* |
| *8.* | ***Numer konta bankowego*** | *nr konta bankowego, na które będzie przekazywana dotacja celowa* |
| *9.* | ***Osoba uprawniona do reprezentacji wnioskodawcy[[7]](#footnote-8)*** | *dane zgodne z KRS (imię i nazwisko, PESEL, numer telefonu, adres e-mail)* |
| *10.* | ***Osoba wyznaczona do kontaktów merytorycznych*** | *imię i nazwisko, PESEL, numer telefonu, adres e-mail* |
| *11.* | ***Tytuł wniosku*** | *tytuł wniosku – zrozumiały i krótki, wskazujący na planowany efekt, ze wskazaniem zakresu wniosku o dofinansowanie (np. doposażenie i/ lub modernizacja polegająca na …)* |
| *12.* | ***Miejsce realizacji inwestycji*** | *miejscowość, kod pocztowy, nazwa ulicy, numer budynku* |
| *13.* | ***Numer ewidencyjny działki*** | *numer ewidencyjny działki/działek, na której realizowana będzie inwestycja* |
| *14.* | ***Obręb ewidencyjny działki*** | *obręb ewidencyjny działki/działek, na której realizowana będzie inwestycja* |
| *15.* | ***Numer księgi wieczystej*** | *numer księgi wieczystej* |
| *16.* | ***Termin realizacji inwestycji*** | *planowany termin rozpoczęcia i zakończenia inwestycji w formacie: dzień/miesiąc/rok* |

1. **zasoby rzeczowe i kadrowe WNIOSKODAWCy**

**II.1. ZASOBY KADROWE WNIOSKODAWCY**

*Wykazać, że pracownicy wnioskodawcy dysponują wiedzą z zakresu prawidłowej realizacji i rozliczania projektów finansowanych ze środków publicznych oraz konieczną wiedzą specjalistyczną, doświadczeniem i umiejętnościami – bez podawania danych osobowych osób zatrudnionych przewidzianych do realizacji zadania.*

*Opis nie może przekraczać 500 znaków.*

|  |
| --- |
|  |

**II.2. ZASOBY RZECZOWE WNIOSKODAWCY**

*Wykazać potencjał rzeczowy przeznaczony do realizacji poszczególnych działań zaplanowanych w projekcie, np. sprzęt, materiał tzn. – należy wskazać wszystkie elementy, które będą wykorzystywane do realizacji zadania.*

*Opis nie może przekraczać 500 znaków.*

|  |
| --- |
|  |

1. **ROLA WnIOSKODAWCY W SYSTEMIE OCHRONY ZDROWIA**

*Najważniejsze obszary działania wnioskodawcy (liczba hospitalizacji, liczba łóżek, liczba oddziałów).*

*Opis nie może przekraczać 1000 znaków (pół strony).*

|  |
| --- |
|  |

1. **Zakres INWESTYCJI**

*(należy wypełnić tylko jedno pole)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Lp.* | *Zakres inwestycji* | *TAK/NIE* |
| *1.* | *Modernizacja, przebudowa szpitalnego oddziału ratunkowego* |  |
| *2.* | *Doposażenie szpitalnego oddziału ratunkowego* |  |
| *3.* | *Modernizacja, przebudowa lub doposażenie pracowni diagnostycznych[[8]](#footnote-9) współpracujących z SOR* |  |
| *4.* | *Modernizacja, przebudowa lub doposażenie szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub pracowni diagnostycznych[[9]](#footnote-10) współpracujących z SOR* |  |

*Czy inwestycja dotyczy doposażenia w system zarządzania Trybem Obsługi Pacjenta w SOR (TOPSOR), o którym mowa w art. 33a ust. 4 i 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

1. **OPIS INWESTYCJI**

**V.1. CEL GŁÓWNY I CELE SZCZEGÓŁOWE INWESTYCJI ORAZ ZAKRES TECHNICZNY INWESTYCJI**

*Wykazać główne założenia inwestycji: charakter inwestycji (modernizacja, przebudowa, doposażenie, itp.); ramowy zakres prac budowlanych i zakupowych.*

*Opis nie może przekraczać 2000 znaków.*

|  |
| --- |
|  |

**V.2. SPODZIEWANE KORZYŚCI Z REALIZACJI INWESTYCJI**

*Opis nie może przekraczać 1000 znaków.*

|  |
| --- |
|  |

**V.3. ZGODNOŚĆ INWESTYCJI Z CELAMI PROGRAMU INWESTYCYJNEGO PN. „PROGRAM INWESTYCYJNY MODERNIZACJI PODMIOTÓW LECZNICZYCH”**

*Opis nie może przekraczać 1000 znaków.*

|  |
| --- |
|  |

1. **STRUKTURA KOSZTÓW INWESTYCJI**

**VI.1. WARTOŚĆ KOSZTORYSOWA INWESTYCJI (WKI)**

*Wyliczyć Wartość Kosztorysową Inwestycji (WKI) zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 2 grudnia 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu i trybu finansowania inwestycji z budżetu państwa (Dz. U. Nr 238, poz. 1579).*

*WKI określa się za pomocą wskaźników cenowych w układzie 7 grup kosztów, wyszczególnionych w § 6 ust. 2 ww. rozporządzenia.*

*W przypadku uwzględniania rezerwy od kosztów robót budowlanych i instalacyjnych, uwzględnia się ją w koszcie danej grupy w wysokości do:*

* *15% - dla doposażenia i modernizacji - do wykorzystania w przypadku, gdy kwoty wynikające z rozstrzygnięcia w procedurze postępowania o udzielenie zamówienia publicznego okażą się wyższe niż wartości dla tych robót zaplanowane szacunkowo w WKI lub wyniknęły roboty nieprzewidziane w trakcie planowania zadania.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | GRUPA KOSZTÓW | WARTOŚĆ  w zł (brutto) |
| *1.* | *Pozyskanie działki budowlanej* |  |
| *2.* | *Przygotowanie terenu i przyłączenia obiektów do sieci* |  |
| *3.* | *Budowa obiektów podstawowych* |  |
| *4.* | *Instalacje* |  |
| *5.* | *Zagospodarowanie terenu i budowa obiektów pomocniczych* |  |
| *6.* | *Wyposażenie* |  |
| *7.* | *Prace przygotowawcze, projektowe, obsługa inwestorska oraz ewentualnie szkolenia i rozruch technologiczny* |  |
| RAZEM | |  |

**VI.2. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA INWESTYCJI**

*Wykazać wszystkie źródła finansowania inwestycji w złotych brutto w podziale na lata z wyodrębnieniem nakładów już poniesionych (zaokrąglonych do pełnych złotych).*

*Wyliczyć:*

* *WKI (kol. 7 w poniższej tabeli) - jako suma nakładów poniesionych i wysokości finansowania poszczególnych źródeł finansowania w kolejnych latach. WKI (kol. 7 w poniższej tabeli) równa się wartości WKI wykazanej w punkcie VI.1.*
* *Procentowy udział (%) (kol. 8 w poniższej tabeli) - jako udział danego źródła finansowania w WKI wyrażony w %; wynik zaokrąglić wg zasady matematycznej: „zaokrąglania do najbliższej wartości całkowitej”.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | RODZAJE ŹRÓDEŁ FINANSOWANIA | Nakłady poniesione[[10]](#footnote-11) | 2023 | 2024 | 2025 | WKI  2+3+4+5 | Procent dofinansowania inwestycji (%) |
| *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *7* | *8* |
| *1.* | *Środki wnioskowane z dotacji celowej* |  |  |  |  |  |  |
| *2.* | *Środki własne* |  |  |  |  |  |  |
| *3.* | *Środki z innych źródeł, w tym:* |  |  |  |  |  |  |
| *3.1* | *Środki z Unii Europejskiej* |  |  |  |  |  |  |
| *3.2* | *Inne (wskazać jakie)* |  |  |  |  |  |  |
|  | **RAZEM** |  |  |  |  |  | 100% |

1. **HARMONOGRAM REALIZACJI inwestycji**

*Oznaczyć poszczególne fazy realizacji inwestycji poprzez zaznaczenie kolorem komórek odpowiadającym kwartałom realizacji danej fazy inwestycji.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Fazy** | **2022** | | | | **2023** | | | | **2024** | | | | **2025** | | | |
| **1Q** | **2Q** | **3Q** | **4Q** | **1Q** | **2Q** | **3Q** | **4Q** | **1Q** | **2Q** | **3Q** | **4Q** | **1Q** | **2Q** | **3Q** | **4Q** |
| *1.* | *Opracowanie koncepcji modernizacji, przebudowy lub doposażenia szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *2.* | *Program Funkcjonalno-Użytkowy* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *3.* | *Wybór wykonawcy na opracowanie dokumentacji projektowej – rozpoczęcie i zakończenie (w tym zawarcie umowy na opracowanie prac projektowych)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *4.* | *Opracowanie dokumentacji projektowej* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *5.* | *Uzyskanie ostatecznej decyzji o pozwoleniu na budowę* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *6.* | *Wybór generalnego wykonawcy,  - (w tym zawarcie umowy na roboty budowlane)* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *7.* | *Prace budowlane* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *8.* | *Wyposażenie* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *9.* | *Odbiór inwestycji w tym uzyskanie decyzji o pozwoleniu na użytkowanie* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **INFORMACJE NIEZBĘDNE DO OCENY SPEŁNIENIA KRYTERIÓW formalnych**

**VIII. A. Podmiot uprawniony do złożenia wniosku**

*Oświadczam, że reprezentowany podmiot leczniczy na dzień ogłoszenia konkursu udzielał świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia.*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

**Pole do uzupełnienia:** *numer umowy/ aneksów z datami zawarcia*

**VIII. B. Zgodność wniosku o dofinansowanie z przedmiotem konkursu zdefiniowanym w Regulaminie konkursu**

*Oświadczam, że reprezentowany podmiot leczniczy planuje realizację zadania polegającego na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu SOR lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR oraz zawarł do 31 grudnia 2021 r. umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym.*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

**VIII. C. Posiadanie prawa do dysponowania nieruchomością na cele budowlane – jeśli dotyczy[[11]](#footnote-12)**

*Oświadczam, że reprezentowany podmiot leczniczy posiada prawo do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 4 do wniosku o dofinansowanie.*

**Odpowiedzi: TAK/NIE DOTYCZY**

**VIII. D. Umowy o dofinansowanie zawarte w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020 w zakresie działania 9.1 *Infrastruktura ratownictwa medycznego* (POIiŚ)**

*Oświadczam, że reprezentowany podmiot leczniczy w latach 2014 - 2021 nie zawarł żadnej umowy albo zawarł umowę/umowy o dofinansowanie w ramach Działania 9.1 Infrastruktura ratownictwa medycznego POIiŚ (z wyłączeniem umów, których przedmiot w całości lub w części dotyczy budowy lub remontu całodobowego lotniska lub lądowiska dla śmigłowców – roboty budowlane, doposażenie), na łączną kwotę równą lub niższą niż 9 mln zł[[12]](#footnote-13).*

**Odpowiedzi: TAK/NIE**

1. **Informacje niezbędne do oceny spełnienia kryteriów merytorycznych**

|  |  |
| --- | --- |
| IX. 1. Zakup tomografu komputerowego (TK)  *Oświadczam, w wyniku realizacji inwestycji zostanie zakupiony co najmniej jeden TK, w przypadku, gdy:*   1. *reprezentowany podmiot leczniczy nie posiada żadnego TK albo* 2. *TK reprezentowanego podmiotu leczniczego wymaga wymiany wg wytycznych European Society of Radiology[[13]](#footnote-14):*  * *wiek sprzętu 7 lat i więcej oraz średnioroczne wykorzystanie sprzętu wynosiło powyżej 4000 badań w okresie eksploatacji sprzętu* * *wiek sprzętu 8 lat i więcej oraz średnioroczne wykorzystanie sprzętu wynosiło 4000-2000 badań w okresie eksploatacji sprzętu* * *wiek sprzętu 9 lat i więcej oraz średnioroczne wykorzystanie badań poniżej 2000 badań w okresie eksploatacji sprzętu*   Odpowiedzi: TAK/NIE  Pole do uzupełnienia: *w przypadku odpowiedzi TAK do wyboru pozycja z listy rozwijalnej.* | |
| IX. 2. Liczba wizyt pacjentów na SOR na 100 tys. mieszkańców województwa, w którym zlokalizowany jest SOR  *Oświadczam, że w reprezentowanym podmiocie leczniczym liczba wizyt pacjentów na SOR w 2021 r. na 100 tys. mieszkańców województwa (populacja województwa wg danych statystycznych GUS za 2021 r.) jest równa lub większa niż średnia wartość dla województwa, w którym zlokalizowany jest SOR.*  Odpowiedzi: TAK/NIE  Pole do uzupełnienia: *w przypadku odpowiedzi TAK podać liczbę wizyt pacjentów na SOR* |
| IX. 3. Obszar segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć w SOR  *Oświadczam, że w reprezentowanym podmiocie leczniczym w wyniku realizacji inwestycji nastąpi poprawa bezpieczeństwa warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej lub usprawnienie w obszarze segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć w co najmniej jednym z zakresów działań, o których mowa w § 6 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego, tj. usprawnienie lub poprawa:*  *1) środków łączności na potrzeby łączności z zespołami ratownictwa medycznego, dyspozytorem medycznym, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego, centrum urazowym, centrum urazowym dla dzieci oraz z jednostkami organizacyjnymi szpitala wyspecjalizowanymi w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, a także kompleksową łączność wewnątrzszpitalną oraz niezależny stały nasłuch radiowy na kanale ogólnopolskim;*  *2) systemu bezprzewodowego przywoływania osób, o którym mowa w § 12 tego rozporządzenia;*  *3) sprzętu niezbędnego do segregacji medycznej i rejestracji osób, o których mowa w § 2 ust. 1 tego rozporządzenia, w ilości niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania szpitalnego oddziału ratunkowego, w tym: automat biletowy, wyświetlacz zbiorczy, terminal stanowiskowy, wyświetlacz stanowiskowy, nabiurkowa drukarka do biletów, kardiomonitor i tablety medyczne dla osób przeprowadzających segregację medyczną;*  *4) co najmniej jednego pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich;*  *5) stanowiska dekontaminacji;*  *6) gabinetów do przeprowadzenia segregacji medycznej, w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania obszaru segregacji medycznej.*  Odpowiedzi: TAK/NIE |
| IX. 4. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach centrum urazowego lub centrum urazowego dla dzieci[[14]](#footnote-15)  *Oświadczam, że w reprezentowanym podmiocie leczniczym udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej w ramach centrum urazowego lub centrum urazowego dla dzieci.*  Odpowiedzi: TAK/NIE |
| IX.5. Udział liczby wizyt pacjentów na SOR pochodzących spoza powiatu SOR, w którym zlokalizowany jest SOR w ogólnej liczbie wizyt pacjentów na SOR  *Oświadczam, że w reprezentowanym podmiocie leczniczym udział wizyt pacjentów na SOR w 2021 r. pochodzących spoza powiatu[[15]](#footnote-16), w którym lokalizowany jest SOR, stanowi co najmniej 62 % wszystkich wizyt pacjentów na danym SOR.*  Odpowiedzi: TAK/NIE  Pole do uzupełnienia: *w przypadku odpowiedzi TAK podać udział wizyt pacjentów na SOR pochodzących spoza powiatu, w którym zlokalizowany jest SOR* |
| IX. 6. Udział liczby wizyt pacjentów na SOR, które rozpoczęły się przywiezieniem pacjenta przez ZRM lub LZRM wśród wszystkich wizyt pacjentów na SOR  *Oświadczam, że w reprezentowanym podmiocie leczniczym udział wizyt pacjentów na SOR w 2021 r., które rozpoczęły się przywiezieniem pacjenta przez ZRM lub LZRM wśród wszystkich wizyt pacjentów na SOR w analogicznym okresie jest równy lub większy niż 15,5%.*  Odpowiedzi: TAK/NIE  Pole do uzupełnienia: *w przypadku odpowiedzi TAK podać udział wizyt pacjentów na SOR, które rozpoczęły się przywiezieniem pacjenta przez ZRM lub LZRM.* |
| IX. 7. Gęstość zaludnienia powiatu, w którym znajduje się SOR  *Oświadczam, że gęstość zaludnienia powiatu, w którym znajduje się SOR reprezentowanego podmiotu leczniczego była niższa niż 805 mieszkańców/km2.*  Odpowiedź: TAK/NIE  Pole do uzupełnienia: *w przypadku odpowiedzi TAK podać gęstość zaludnienia powiatu, w którym znajduje się SOR na podstawie danych zawartych w publikacji Głównego Urzędu Statystycznego "Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2021 rok"[[16]](#footnote-17)* |

1. **OŚWIADCZENIA I PODPIS WNIOSKODAWCY**
2. ***Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem konkursu na wybór wniosków o dofinansowanie podmiotów leczniczych w ramach programu inwestycyjnego w zakresie zadań polegających na modernizacji, przebudowie lub doposażeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) lub pracowni diagnostycznych współpracujących z SOR ze środków Subfunduszu modernizacji podmiotów leczniczych.***
3. ***Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym wniosku o dofinansowanie są zgodne ze stanem faktycznym, kompletne oraz prawdziwe.***

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko przedstawiciela Wnioskodawcy* | *Podpis Wnioskodawcy[[17]](#footnote-18) / podpisano elektronicznie* |

***Załączniki do wzoru wniosku o dofinansowanie:***

* *Załącznik nr 1 – Wartość Kosztorysowa Inwestycji,*
* *Załącznik nr 2 – Źródła finansowania inwestycji,*
* *Załącznik nr 3 – Harmonogram realizacji inwestycji,*
* *Załącznik nr 4 – wzór oświadczenia o posiadanym prawie do dysponowania nieruchomością na cele budowlane, o którym mowa w art. 3 pkt 11 ustawy Prawo budowlane.*

1. *Na podstawie uchwały nr 173 Rady Ministrów z dnia 16 sierpnia 2022 r. ustanawiającej program inwestycyjny pod nazwą „Program inwestycyjny modernizacji podmiotów leczniczych” (M.P z 2022 poz. 908).* [↑](#footnote-ref-2)
2. *W tym doposażenie w system zarządzania Trybem Obsługi Pacjenta w SOR (TOPSOR), o którym mowa w art. 33a ust. 4 i 12 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.* [↑](#footnote-ref-3)
3. *Dotyczy komórek o VIII części kodu resortowego: 4902 - Szpitalny oddział ratunkowy, 4903 - Szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci.* [↑](#footnote-ref-4)
4. *Jako pracownie diagnostyczne rozumie się komórki organizacyjne podmiotu leczniczego (Wnioskodawcy), które realizują świadczenia diagnostyczne dla jednej z wymienionych komórek o VIII części kodu resortowego: 4902 - Szpitalny oddział ratunkowy, 4903 - Szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci.* [↑](#footnote-ref-5)
5. *Z wyłączeniem inwestycji dotyczących lotnisk lub lądowisk przy SOR.* [↑](#footnote-ref-6)
6. *Na mocy ustawy z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. poz. 1875, z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-7)
7. *W przypadku, gdy umocowanie do reprezentowania wnioskodawcy nie wynika z informacji zawartej w Krajowym Rejestrze Sądowym (KRS) do wniosku o dofinansowanie należy dołączyć pełnomocnictwo, które ma formę dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym.* [↑](#footnote-ref-8)
8. *Jako pracownie diagnostyczne rozumie się inne komórki organizacyjne podmiotu, które realizują świadczenia diagnostyczne które realizują świadczenia diagnostyczne dla jednej z wymienionych komórek o VIII części kodu resortowego: 4902 - Szpitalny oddział ratunkowy, 4903 - Szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci.* [↑](#footnote-ref-9)
9. *Ibidem.* [↑](#footnote-ref-10)
10. *Wykazać środki poniesione przed złożeniem wniosku o dofinansowanie, które stanowią wkład własny i stanowią jedno ze źródeł finansowania inwestycji.* [↑](#footnote-ref-11)
11. *Na podst. art. 3 pkt 11 ustawy z dnia 7 lipca 1994 r. – Prawo budowlane (Dz. U. 2021 poz. 2351, z późn. zm.) – wyłącznie w przypadku, gdy wniosek o dofinansowanie obejmuje zakres przebudowy, zgodnie z art. 3 ust. 7a Prawa budowlanego* [↑](#footnote-ref-12)
12. *Z wyłączeniem umów, które zostały rozwiązane na dzień ogłoszenia konkursu.* [↑](#footnote-ref-13)
13. *European Society of Radiology (ESR). Renewal of radiological equipment. Insights Imaging. 2014 Oct;5(5):543-6. doi: 10.1007/s13244-014-0345-1. Epub 2014 Sep 18. PMID: 25230589; PMCID: PMC4195838.* [↑](#footnote-ref-14)
14. *Centrum urazowe lub centrum urazowe dla dzieci,* o *którym mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.).* [↑](#footnote-ref-15)
15. *Dla których 4-znakowy TERYT powiatu miejsca zamieszkania jest różny od 4-znakowego TERYTu powiatu świadczeniodawcy (SOR), gdzie zrealizowano świadczenie.* [↑](#footnote-ref-16)
16. *Dane dostępne na stronie:* <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/powierzchnia-i-ludnosc-w-przekroju-terytorialnym-w-2021-roku,7,18.html> [↑](#footnote-ref-17)
17. *Dokument opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym.* [↑](#footnote-ref-18)