

Instrukcja wypełniania wniosków o dofinansowanie na podstawie Zarządzenia 27/2020/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2020 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2020 r. dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Warunkiem uzyskania dotacji jest **złożenie w terminie do dnia 31 grudnia 2020r. kompletu poprawnej dokumentacji**, tj.:

- wniosek o udzielenie dofinansowania (zał. nr 1 do Zarządzenia),
- specyfikacja dofinansowania (zał. nr 2 do Zarządzenia),
- potwierdzone za zgodność z oryginałem kopie dokumentów (faktur) potwierdzających nabycie i sfinansowanie (jeśli płatne przelewem to dowód przelewu – wydruk z konta bankowego nie wymaga podpisów i potwierdzania za zgodność) w 2020 r. urządzeń informatycznych lub oprogramowania lub usług przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej.

Przykład wypełniania poszczególnych dokumentów zaprezentowano poniżej, dane w nim zaprezentowane są fikcyjne, uzupełniając dokumenty należy wpisać faktyczne dane dotyczące podmiotu, zawartej umowy (w tym liczby miejsc udzielania świadczeń lekarza POZ) oraz dane dotyczące opłaconych zakupów, które podlegają mają dofinansowaniu.

Dodatkowo przypominam, że zgodnie z zapisami Zarządzenia 177/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2019 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu udzielania świadczeń określonego zakresu. W związku z powyższym ilość miejsc udzielania świadczeń **nie stanowi ilości zatrudnionych lekarzy** a ilość gabinetów w różnych lokalizacjach.

Podmiot wykonujący działalność leczniczą
zgodny z zawartą umową oraz nazwą
podmiotu wpisaną w cz. I Wniosku o
udzielenie dofinansowania. W przypadku
błędnej nazwy podmiotu proszę o
załączenie noty co do treści potwierdzonej
za zgodność z oryginałem.

Miejsce wystawienia:

Gorzów wlkp.

Data zakończenia dostawy/usług

2019-11-21

Data wystawienia:

2019-11-21

Sprzedawca:

NIP:

Konto:

Bank:

E-mail:

Nabywca:

np. Przychodnia lekarska POZ

ul. Lekarska 25

65-001 Zielona Góra

NIP: 9999999999

Faktura VAT FS 1154/2019

Lp	Nazwa	PKWiU	Ilość	j.m.	Cena jednostkowa netto	VAT [%]	Wartość netto	Kwota VAT	Wartość brutto
1	LCD 21,5 PHILIPS 223V5LHSB2 LED HDMI		1,000	szt.	7 317,10	23	7 317,10	1 682,90	9 000,00
2	Laptop ACER		1,000	szt.	9 756,10	23	9 756,10	2 243,90	12 000,00

według stawki VAT	wartość netto	kwota VAT	wartość brutto
Podstawowy podatek VAT 23%	17 073,20	3 926,80	21 000,00
Razem:	17 073,20	3 926,80	21 000,00

Wymaga załączenia
dowodu przelewu

Razem do zapłaty: 21 000,00

Słownie: dwadzieścia jeden tysięcy PLN 0/100

Pozostało do zapłaty: 21 000,00

W terminie: 7 dni = 2019-11-28 (Płatne przelewem)

Wystawił(a):

Podpis osoby upoważnionej do wystawienia faktury VAT

Odebrał(a):

Podpis osoby upoważnionej do odbioru faktury VAT

Za zgodność z oryginałem

dnia 27.11.2019

Data i podpis osoby upoważnionej
(wpis można wykonać w całości
odręcznie, pieczętka o podanej
treści nie jest wymagana).

WNIOSEK O UDZIELENIE DOFINANSOWANIA

I. DANE IDENTYFIKACYJNE UPRAWNIONEGO ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa	Przychodnia Lekarska POZ		
Adres siedziby	Ul. Lekarska 25, 65-001 Zielona Góra		
REGON	999999999	NIP	9999999999

II. UMOWA O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Nr umowy	0401/0999/2020
----------	----------------

III. LICZBA MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Liczba miejsc udzielania świadczeń lekarza POZ w umowie	2	Liczba zgodna z liczbą komórek lekarza POZ w umowie
---	---	---

IV. KWOTA WNIOSKOWANEGO DOFINANSOWANIA

zł:12 799,87	Słownie złotych: dwanaście tysięcy siedemset dziewięćdziesiąt dziewięć zł, 87/100
Kwota razem z kolumny 10 specyfikacji	

V. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO ŚWIADCZENIODAWCY, NA KTÓRY PRZEKAZANE ZOSTANĄ ŚRODKI

Dane posiadacza rachunku bankowego	Przychodnia Lekarska POZ
Nr rachunku bankowego	99 9999 9999 9999 9999 9999

VI. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

- 1) spełniam warunki do otrzymania dofinansowania określone w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2020 r. dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) wydatki poniesione na zakup urządzeń informatycznych lub oprogramowania, lub usług przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej objęte niniejszym wnioskiem o udzielenie dofinansowania zostały sfinansowane ze środków własnych, przed złożeniem wniosku o udzielenie dofinansowania i nie były objęte dofinansowaniem z innych źródeł;
- 3) ~~mam/nie mam~~¹, możliwość odliczenia podatku VAT (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz. U. z 2018 r. poz. 2174, z późn. zm.).

¹ Niepotrzebne skreślić

Niepotrzebne skreślić. Taką samą odpowiedź (TAK lub NIE) należy wpisać w nagłówku specyfikacji.
Informacja czy podmiot ma lub nie możliwość odliczenia podatku VAT w oparciu o przepisy ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług Dz. U. z 2018 r. poz. 2174

VI. ZOBOWIĄZANIE

Zobowiązuję się do:

- 1) wykorzystania dofinansowania zakup urządzeń informatycznych lub oprogramowania, lub usług przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej wyłącznie na cele wskazane w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2020 r. dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
Za wykorzystanie przyznanych środków rozumie się zakup, zapłatę oraz odbiór urządzeń informatycznych lub oprogramowania lub usług przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej;
- 2) stosowania procedur zawierania umów wynikających z ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1843), chyba że świadczeniodawca nie jest zamawiającym w rozumieniu tej ustawy;
- 3) respektowania do upływu pięciu lat od dnia 1 stycznia 2021 r. prawa kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia sposobu wykorzystania przez świadczeniodawców dofinansowania udzielonego przez Fundusz;
- 4) przechowywania dokumentacji związanej z udzieleniem dofinansowania, w tym zwłaszcza dowodów zakupu lub wykonania usługi, przez okres co najmniej pięciu lat począwszy od 1 stycznia 2021 r., chyba że przepisy powszechnie obowiązujące przewidują dłuższy okres przechowywania dokumentacji.

.....
Miejscowość i data

Data wypełnienia wniosku

.....
Podpis
osoby upoważnionej
do reprezentowania świadczeniodawcy

Podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania jednostki zgodnie z
właściwymi przepisami (w przypadku podpisu
złożonego na mocy pełnomocnictwa proszę o
jego dołączenie)

Specyfikacja dofinansowania

Załącznik nr 2

Nazwa świadczeniodawcy

Przychodnia Lekarska POZ

NIP świadczeniodawcy

999-999-99-99

Czy podmiot ma możliwość odliczenia VAT (TAK/NIE)*

NIE

odpowiada oświadczeniu z cz. VI pkt. 3) wniosku o dofinansowanie

80% wartości wskazanych w kolumnie 9

Pełne dane z faktury

1	2	3	4	5	6	7	8	w złotych		10	11	12	13	14	15
Lp.	Numer	Data wystawienia (rrrr-mm-dd)	Termin płatności (rrrr-mm-dd)	Wartość netto	Wartość brutto	Data zapłaty faktury (rrrr-mm-dd)	Data: odbioru urządzenia informatycznego lub oprogramowania lub realizacji usługi przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej **	Wartość kwalifikująca się do dofinansowania	Wnioskowana kwota dofinansowania	Producent oprogramowania	Nazwa oprogramowania	Nazwa urządzenia informatycznego	Nazwa usługi przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej	Uwagi	
1	FS 1154/2019	2019-11-21	2019-11-28	7 317,10	9 000,00	2019-11-28	2019-11-21	9 000,00	7 200,00	—	—	LCD 21.5 PHILIPS 223V5LHSB2 LED HDMI	—		
2	FS 1154/2019	2019-11-21	2019-11-28	9 756,10	12 000,00	2019-11-28	2019-11-21	6 999,84	5 599,87	—	—	Laptop ACER	—		
3															
Razem:				17 073,20	21 000,00			15 999,84	12 799,87						

* należy wpisać **TAK** w przypadku możliwości odliczenia VAT, **NIE** w przypadku braku możliwości odliczenia VAT

** jeden wiersz może dotyczyć tylko jednej pozycji zakupowej FV zadeklarowanej do dofinansowania, w przypadku kilku pozycji zakupowych FV należy uzupełnić każdy wiersz osobno dla każdej pozycji zakupowej FV

Miejscowość i data:

Każdy wiersz odpowiada kolejnym wierszom z faktury. Jeśli jakaś z pozycji FV nie podlega dofinansowaniu (np. usługa dostawy sprzętu, przesyłka, torba na laptop, itp.) taka pozycja faktury zostaje w specyfikacji pominięta

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

Podpis tej samej osoby, która podpisała wniosek

Proszę podać dane osoby faktycznie sporządzającej wniosek, żeby ułatwić kontakt w sprawie wyjaśnień lub uzupełniania wniosku

Faktyczna data zapłaty (jeśli zapłacono przelewem to data przelewu)

Wartości z faktury. Niezależnie, czy łączna ich wartość mieści się w limicie do dofinansowania, czy nie, te kwoty przepisywane są w całości z faktury. Dostosowanie do limitu jest w kolumnie 9.

W przypadku braku daty dostawy/ odbioru/ wykonania usługi na fakturze należy przyjąć, że jest tożsama z datą wystawienia faktury

W przypadku braku możliwości odliczenia podatku VAT kwalifikuje się kwota brutto zakupu z zastrzeżeniem, że wartość kwalifikująca się do dofinansowania **Razem** nie może przekroczyć wartości 7 999,92 zł pomnożonej przez ilość miejsc udzielania świadczeń przez lekarza POZ (w przykładzie 7 999,92 zł x dwa miejsca = max 15 999,84 zł). Jeśli wartość brutto zakupów przekracza maksymalną wartość, należy odpowiednio zmniejszyć wartości/wartość brutto zakupów, tak aby suma nie przekraczała wskazanej wartości. Zmniejszenie podane w tabeli jest przykładowe, można rozłożyć kwoty w innych sposób z zachowaniem wartości do jakiej muszą się sumować, np. w 1 wierszu 6 000,00 zł, reszta w drugim wierszu czyli 9 999,84,00 zł.

Jeśli podmiot ma możliwość odliczenia podatku VAT należy wpisać kwoty netto z kolumny 5 z zachowaniem zasady, że suma wartości kwalifikującej nie może przekroczyć 6 504,00 pomnożonej przez ilość miejsc udzielania świadczeń.

To jest wartość, którą należy wpisać w cz. IV Wniosku o dofinansowanie