

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA WNIOSKÓW  
O ZAWARCIE UMÓW  
O REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO  
W CENTRACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO  
NA ROK 2024**

**KOD POSTĘPOWANIA 05-24-000191/PPZ/18/4/13**

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.);

**Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,  
Adres: Kopcińskiego 58  
90-032 Łódź**

**zaprasza**

do składania wniosków o zawarcie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego na obszarze województwa: 10 - ŁÓDZKIE.

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w zarządzeniu Nr 55/2018/DSOZ Prezesa Funduszu z dnia 22 czerwca 2018 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 22 czerwca 2018 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 2024 dostępne są w siedzibie Łódzkiego OW NFZ, adres: Kopcińskiego 58 90-032 Łódź, od dnia 09.10.2024 do dnia 17.10.2024 w godzinach 08:00 do 16:00 lub na stronie: [www.nfz-lodz.pl](http://www.nfz-lodz.pl).

Wnioskodawcy ubiegający się o zawarcie umów na rok 2024 proszeni są o złożenie wniosków do dnia 10.10.2024. Wnioski rozpatrywane będą według kolejności ich rejestracji, z uwzględnieniem czasu niezbędnego na analizę i ocenę wniosku.

**Wnioskodawca może złożyć w Łódzkim OW NFZ tylko jeden wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.**

ARTUR OLSIŃSKI DYREKTOR OW NFZ

Podpis Dyrektora Oddziału

.....  
Miejsce, data