

WZÓR WNIOSEK

O ZAWARCIE UMOWY O REALIZACJĘ

I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY	KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm
---	--

Dane identyfikacyjne i adresowe - świadczeniodawcy w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Certyfikaty			
Nazwa	Zakres certyfikatu		Data ważności

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK						KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm	
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO							
ZAKRES WNIOSKU							
Kod przedmiotu postępowania				Nazwa przedmiotu postępowania			
MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEN*							
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń						
	Adres miejsca						Kod terytorialny
	Unikalny kod komórki org. (Cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)				
	Kod przedmiotu postępowania		Nazwa przedmiotu postępowania				
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego				
	Liczba łóżek		Liczba miejsc dziennych				
Dostępność							
Dostępność profilu medycznego/zakresu							
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu							
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz	
Zasoby							
<Unikalny wyróżnik zasobu z wykazu>	Nazwa zasobu					Ilość	
	Rodzaj dostępności zasobu		Rok produkcji		Nr seryjny		
PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA							
liczba mieszkańców pow. 18 r.ż.						Okres obowiązkiwania (pół roku/rok)	
stawka na osobę							
wartość							
* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia - zgodnie z umową: np. oddział psychiatryczny dla dorosłych, oddział dzienny psychiatryczny, poradnia psychiatryczna ambulatoryjna dla dorosłych, leczenie środowiskowe (domowe), izba przyjęć lub miejsce udzielania świadczeń pomocy doraźnej							

III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW		KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm	
UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawcy			
Umowa/promesa		Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	
		Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	
Przedmiot świadczeń podwykonawstwa		Opis	

IV. WYKAZ MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**KOD GRAFICZNY** o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm

Unikalny wyróżnik miejsca		Wyróżnik podwykonawcy		Miejsce działania	
Nazwa podwykonawcy					
Dane miejsca udzielania świadczeń					
Nazwa					
Unikalny kod komórki org. (Cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)			
Lokalizacja					
Adres				Kod terytorialny	
Dane profili medycznych miejsca udzielania świadczeń					
Unikalny wyróżnik	Kod profilu	Nazwa profilu			

V. WYKAZ PERSONELU	KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm
---------------------------	--

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
Uprawnienia zawodowe						
Grupa zawodowa					Nr Prawa Wyk. Zawodu	
Zawody / specjalności						
Nazwa				Stopień specjalizacji	Data uzyskania	Data otwarcia
Kompetencje						
Nazwa					Data uzyskania	
Doświadczenie zawodowe						
Nazwa						

FORMULARZ WNIOSKU CZP

VI. WYKAZ ZASOBÓW											KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm
Unikalny wyróżnik zasobu	Unikalny wyróżnik współwykonawcy	Nazwa zasobu	Ilość	Model/Nazwa pomieszczenia	Nr seryjny	Rok produkcji	Status	Data uzyskania	Kod UMDNS	Umowa serwisowa	Dostępność zasobu dla innych komórek