Załącznik Nr 2 do umowy

**HARMONOGRAM-ZASOBY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |  | **rodzaj  świadczeń: Podstawowa opieka zdrowotna** | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |
| Pozycja |  | Kod zakresu | | | | |  | | Nazwa zakresu | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Miejsce udzielania świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kod miejsca (a) | Id podwyk. (b) | Nazwa miejsca (c) | | | | | | | Adres miejsca (d) | | | | | | | | | VII cz.KR\*(e) | | VIII cz.KR\*(f) | Profil IX-X cz.KR\*(g) | | | | Status \*\* |
|  |  |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | |  |  | | | |  |
| **II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |  |  | |  |  |  |
| pn (a) | wt (b) | śr (c) | czw (d) | | | | | pt (e) | | sob (f) | nd (g) | | | Obowiązuje od (h) | Obowiązuje do (i) | | Status \*\* |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  | | | | |  | |  |  | | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| **III. Personel** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Id  osoby (a) | Nazwisko (b) | | | | | | | Imiona (c) | | | PESEL (d) | | | Zawód/specjalność (e) | | | | St.specjal. (f) | | NPWZ (g) | Obowiązuje od (h) | | Obowiązuje do (i) | | Status \*\* |
|  |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |  | |  | |  |
|  |  | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | |  |  | |  | |  |
| **IV. Sprzęt** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Id sprzętu (a) | Nazwa sprzętu (b) | | | | | | | | | | | | | Ilość (c) | Nr seryjny (d) | | Rok produkcji (e) | Rodzaj dostępności (f) | | | Dostępny od (g) | | Dostępny do (h) | | Status \*\* |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | |  |  | |  |  | | |  | |  | |  |
| **V. Pojazdy\*\*\*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Id pojazdu (a) | Nazwa pojazdu (b) | | | | | | | | | | | | | | | | Nr rejestracyjny (c) | | | Rok produkcji (d) | Dostępny od (e) | | Dostępny do (f) | | Status\*\* |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  |  | |  | |  |
|  |  |  | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| Fundusz\*\*\*\* | |  | | | | |  |  |  | |  |  | Świadczeniodawca\*\*\*\*\* | | | |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  | | | | | | |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| \* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art.  105 ust.  5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991, z późn.zm.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\*wypełniany dla umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\*\*\*  kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |