

Załącznik nr 5 do zarządzenia Nr 122/2016/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 12 grudnia 2016 r.

Załącznik Nr 9 do zarządzenia Nr 50/2016/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2016 r.

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W RODZAJU  
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**

**I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO**

**Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskującego - świadczeniodawcy w rozumieniu 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	
<b>Dane rejestrowe</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Certyfikaty</b>			
Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	

**II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK**

<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	Nazwa miejsca udzielania świadczeń			
	Adres miejsca		Teryt	
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)	
		<b>Wybór</b>	<b>Populacja</b>	
1. Świadczenia lekarza POZ				
w tym: Świadczenia lekarza poz w ramach wczesnej diagnostyki i leczenia chorób układu krążenia i cukrzycy				nd
2. Świadczenia pielęgniarstwa POZ				
3. Świadczenia położnej w POZ				
w tym: Świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy				nd
4. Świadczenia pielęgniarstwa szkolnego				
5. Transport sanitarny w POZ				
<b>Obszar działania</b>				
Kod obszaru	Nazwa obszaru			Populacja
<b>Dostępność</b>				
Dostępność profilu medycznego/zakresu rzeczowego				
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu				
pon	wt	śr	czw	pt
Harmonogram dostępności wizyt domowych				
pon	wt	śr	czw	pt
<b>Personel</b>				

<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>	Nazwisko					
	Imiona				PESEL	
zawód/specjalność			stopień specjalizacji			Nr Prawa Wyk. Zawodu
Stanowisko/funkcja pracownika				Liczba godzin pracy tygodniowo		
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
Doświadczenie						
Nazwa						
Wykształcenie						
Nazwa						
Sprzęt						
<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>	Nazwa sprzętu				Ilość	
Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu		
Pojazdy*						
<Unikalny wyróżnik pojazdu z wykazu>	Nazwa pojazdu				Ilość	
Rodzaj dostępności pojazdu		Rok produkcji		Nr rejestracyjny		

\* wypełniany dla umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz