

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W RODZAJU
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI**

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/ly 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

Koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR)

III. SZCZEGÓŁY WNIOSKU

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA						
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSKA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca					Kod terytorialny
	Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			
PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA						
Jednostka rozliczeniowa						
Oferowana cena jednostki						
	styczeń	luty	marzec	I kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	kwiecień	maj	czerwiec	II kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	lipiec	sierpień	wrzesień	III kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	październik	listopad	grudzień	IV kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
Razem	liczba					
	wartość					
Dostępność						
Dostępność profilu medycznego/zakresu						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA*						
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSKA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca					Kod terytorialny
	Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			

* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia (również jeśli w strukturze organizacyjnej znajduje się kilka oddziałów oznaczonych tymi samymi kodami części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych) zgodnie z umową, np. oddział neonatologiczny, poradnia położniczo - ginekologiczna, dodatkowy oddział położniczo-ginekologiczny lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń

WYKAZ PODWYKONAWCÓW

DANE 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 podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

*wypełnić dla każdego podwykonawcy

data sporządzenia

podpis i pieczęć Wnioskującego

WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW**DANE WSPÓŁREALIZATORA***

UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓŁREALIZATORA			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Przedmiot świadczeń współrealizatora	
Opis przedmiotu współrealizacji			

*wypełnić dla każdego podwykonawcy

data sporządzenia

podpis i pieczęć Wnioskującego