

| | | | |
|---|--|---------------------|---|
| PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr do umowy nr rodzaj świadczeń: świadczenia kontraktowane odrębnie | | wersja | Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ |
| Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ | | | |
| Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | | | |

Okres rozliczeniowy od..... do.....

| Pozycja | Podstawa * | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń | Kod miejsca udzielania świadczeń | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) | Kod limitu |
|--|------------|-----------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------|------------|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) | | | | | | | | | |

razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Razem limity | |
| Kod limitu | Wartość limitu(zł) |
| | |
| | |
| Razem limity (kwota umowy) | |

| Okres rozliczeniowy od..... do.....** | | | | | | | | | |
|--|------------|-----------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------|------------|
| Pozycja | Podstawa * | Kod zakresu świadczeń | Zakres świadczeń | Kod miejsca udzielania świadczeń | Jednostka rozliczeniowa | Liczba jednostek rozliczeniowych | Cena jedn. rozlicz. (zł) | Wartość (zł) | Kod limitu |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) | | | | | | | | | |

razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Razem limity | |
| Kod limitu | Wartość limitu(zł) |
| Razem limity (kwota umowy) | |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje | | | | | | | | |
|---|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|-----------------|--------------|
| Razem pozycje | Okres sprawozd. | Wartość (zł) | Okres sprawozd. | Wartość (zł) | Okres sprawozd. | Wartość (zł) | Okres sprawozd. | Wartość (zł) |
| | Styczeń | | Luty | | Marzec | | Kwiecień | |
| | Maj | | Czerwiec | | Lipiec | | Sierpień | |
| | Wrzesień | | Październik | | Listopad | | Grudzień | |
| | | | | | | | | |

| w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje | | | | | |
|--|--|---------------|--|---------------|----------|
| Pozycja | | Kod zakresu | | Nazwa zakresu | |
| Kod miejsca | | Nazwa miejsca | | | |
| Adres miejsca | | | | | TERYT |
| | | | | Styczeń | Luty |
| | | | | | Marzec |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | Kwiecień | Maj |
| | | | | | Czerwiec |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | Lipiec | Sierpień |
| | | | | | Wrzesień |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | Październik | Listopad |
| | | | | | Grudzień |
| | | | | | |
| | | | | | |

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

HARMONOGRAM - ZASOBY

**Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń: świadczenia kontraktowane odrębnie**

| Nr pozycji umowy (a) | Kod zakresu świadczeń (b) | Zakres świadczeń (c) | Kod miejsca udzielania świadczeń (d) | Nazwa miejsca udzielania świadczeń (e) | Adres miejsca udzielania świadczeń (f) | Część VII kodu resortowego (g)**** | Część VIII kodu resortowego (h)**** | Profil IX - X cz. kodu res.(i) **** |
|-------------------------|------------------------------|----------------------|---|---|---|--|---|--|
| | | | | | | | | |

| I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń | | | | | | | | | |
|--|--------|--------|---------|--------|---------|--------|----------------------|----------------------|--------------------|
| Harmonogram | | | | | | | | | |
| pn (a) | wt (b) | śr (c) | czw (d) | pt (e) | sob (f) | nd (g) | Obowiązuje od (h) | Obowiązuje do (i) | Status D, M, U* |
| | | | | | | | | | |

| II. Personel | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------|--------|--------|-----------|---------------------------|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|--|--|--|--|
| Unikalny wyróżnik osoby (a) | Nazwisko (b) | | | | | Imiona (c) | | | Pesel (d) | Status D, M, U* | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Dostępność osoby personelu | | | | | | | | | | | | | | |
| Dostępność godzinowa tygodniowo (e) | Rodzaj harmonogramu ** (f) | pn (g) | wt (h) | śr (i) | czw (j) | pt (k) | sob (l) | nd (m) | Obowiązuje od (n) | Obowiązuje do (o) | | | | |
| | P *** | | | | | | | | | | | | | |
| | D *** | | | | | | | | | | | | | |
| Uprawnienia zawodowe | | | | | | | | | | | | | | |
| Grupa zawodowa (p) | | | | | | Nr Prawa Wyk. Zawodu (q) | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Zawód-specjalność | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa (r) | | | | | | Stopień specjalizacji (s) | | Data uzyskania (t) | Data otwarcia (u) | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Kompetencje | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa (w) | | | | | | | | | Data uzyskania (y) | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Doświadczenie zawodowe (z) | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| III. Sprzęt | | | | | | | | | | | | | | |
| Unikalny wyróżnik sprzętu (a) | Nazwa sprzętu (b) | | | Ilość (c) | Nr seryjny sprzętu (d) | Rodzaj dostępności sprzętu (e) | Rok produkcji (f) | Dostępny od (g) | Dostępny do (h) | Status D, M, U* | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

* D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

** Rodzaj harmonogramu:

P - harmonogram podstawowy

D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)

*** drukowany jeśli wypełniony

**** 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 2016r poz. 1638, z późn. zm.) - stosuje się odpowiednio do komórek org. wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia

Miejscowość Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego
Dane Świadczeniodawcy
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

| | |
|--|--|
| Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie: | |
| numer | |
| w rodzaju | |
| w zakresie | |
| na okres | |
| Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy | |
| Dane posiadacza rachunku bankowego: | |

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy