

HARMONOGRAM - ZASOBY

rodzaj świadczeń: program pilotażowy POZ PLUS

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											
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

*** - 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 2015 r. poz. 618, z późn. zm.)
- stosuje się odpowiednio do komórek org. wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia

Załącznik nr 2 do umowy nr

WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW

rodzaj świadczeń: program pilotażowy POZ PLUS

UNIKALNY WYRÓZNIK 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 formy i przedmiotu umowy realizowanej przez współrealizatora			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń współrealizowanych	

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

Załącznik nr 3 do umowy nr

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 3 do umowy rodzaj świadczeń: program pilotażowy POZ PLUS						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)		
			profilaktyczne świadczenia bilansowe							
			zarządzanie chorobą-płatność za usługę							
			zarządzanie chorobą-ryczałt							
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od 1.01.2019 do 31.12.2019.**										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
			profilaktyczne świadczenia bilansowe							
			zarządzanie chorobą-płatność za usługę							
			zarządzanie chorobą-ryczałt							
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) tutaj: plan realizacji świadczeń										
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			
liczba * cena				Styczeń	Luty	Marzec				
wartość										
liczba * cena				Kwiecień	Maj	Czerwiec				
wartość										
liczba * cena				Lipiec	Sierpień	Wrzesień				
wartość										
liczba * cena				Październik	Listopad	Grudzień				
wartość										

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 płatności

Kwota transzy					
Rok	Kwartał	Miesiąc	Grant technologiczny	Grant koordynacyjny	Grant na sfinansowanie udzielania profilaktycznych świadczeń bilansowych
2018	II	Kwiecień	0	0	0
		Maj	0	0	0
		Czerwiec	0	0	0
	Suma kwartał II		0	0	0
	III	Lipiec	0	0	0
		Sierpień	0	0	0
		Wrzesień	0	0	0
	Suma kwartał III		0	0	0
	IV	Październik	0	0	0
		Listopad	0	0	0
		Grudzień	0	0	0
	Suma kwartał IV		0		0
	Razem dla Rok 2018			0	0
2019	I	Styczeń	0	0	0
		Luty	0	0	0
		Marzec	0	0	0
	Suma kwartał I		0	0	0
	II	Kwiecień		0	0
		Maj	0	0	0
		Czerwiec	0	0	0
	Suma kwartał II		0	0	0
	III	Lipiec	0	0	0
		Sierpień	0	0	0
		Wrzesień	0	0	0
	Suma kwartał III		0	0	0
	IV	Październik	0	0	0
		Listopad	0	0	0
		Grudzień	0	0	0
	Suma kwartał IV		0	0	0
	Razem dla Rok 2019			0	0
Ogółem			0	0	0

Załącznik nr 5 do umowy nr

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