

**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 (cześć IV KR)			
Osoba/y 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

Dziecięca opieka koordynowana (DOK)

III. SZCZEGÓŁY WNIOSKU

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA

UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA 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 MIEJSCA 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 - zgodnie z umową: np. oddział rehabilitacji narządu ruchu lub ośrodek rehabilitacji dziennej

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