

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 2018 r. poz. 160, z późn.zm.) - stosuje się odpowiednio do komórek org. wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia

WYKAZ PODWYKONAWCÓW

Załącznik nr do umowy nr

rodzaj świadczeń:.....

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| UNIKALNY WYRÓŻNIK 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 | | | |

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

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

WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW
Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń:.....

| | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| 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 | | | |

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy