

# WZÓR WNIOSEK

O ZAWARCIE UMOWY O REALIZACJĘ

<b>I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY</b>	<b>KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm</b>
---	--

<b>Dane identyfikacyjne i adresowe - świadczeniodawcy w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b>			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
<b>Dane rejestrowe</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Certyfikaty</b>			
Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	

<b>II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK</b>						<b>KOD GRAFICZNY</b> o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm	
CENTRUM ZDROWIA PSYCHICZNEGO							
<b>ZAKRES WNIOSKU</b>							
Kod przedmiotu postępowania				Nazwa przedmiotu postępowania			
<b>MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEN*</b>							
<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	Nazwa miejsca udzielania świadczeń						
	Adres miejsca						Kod terytorialny
	Unikalny kod komórki org. (Cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)				
	Kod przedmiotu postępowania		Nazwa przedmiotu postępowania				
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego				
	Liczba łóżek		Liczba miejsc dziennych				
<b>Dostępność</b>							
Dostępność profilu medycznego/zakresu							
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu							
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz	
<b>Zasoby</b>							
<b>&lt;Unikalny wyróżnik zasobu z wykazu&gt;</b>	Nazwa zasobu					Ilość	
	Rodzaj dostępności zasobu		Rok produkcji		Nr seryjny		
<b>PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA</b>							
liczba mieszkańców pow. 18 r.ż.						Okres obowiązkiwania (pół roku/rok)	
stawka na osobę							
wartość							
* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia - zgodnie z umową: np. oddział psychiatryczny dla dorosłych, oddział dzienny psychiatryczny, poradnia psychiatryczna ambulatoryjna dla dorosłych, leczenie środowiskowe (domowe), izba przyjęć lub miejsce udzielania świadczeń pomocy doraźnej							

<b>III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW</b>		<b>KOD GRAFICZNY</b> o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm	
<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY</b>			
<b>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</b>			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
<b>Dane rejestrowe podwykonawcy</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawcy</b>			
Umowa/promesa		Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	
		Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	
Przedmiot świadczeń podwykonawstwa		Opis	

<b>IV. WYKAZ MIEJSC UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	<b>KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm</b>
--	--

Unikalny wyróżnik miejsca		Wyróżnik podwykonawcy		Miejsce działania	
Nazwa podwykonawcy					
<b>Dane miejsca udzielania świadczeń</b>					
Nazwa					
Unikalny kod komórki org. (Cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)			
<b>Lokalizacja</b>					
Adres				Kod terytorialny	
<b>Dane profili medycznych miejsca udzielania świadczeń</b>					
Unikalny wyróżnik	Kod profilu	Nazwa profilu			

<b>V. WYKAZ PERSONELU</b>	<b>KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm</b>
---------------------------	--

Unikalny wyróżnik osoby	PESEL	Nazwisko	Imiona	Dostępny czy deklarowany	Od kiedy pracownik będzie dostępny	Średniotygodniowy czas pracy
<b>Uprawnienia zawodowe</b>						
Grupa zawodowa					Nr Prawa Wyk. Zawodu	
<b>Zawody / specjalności</b>						
Nazwa				Stopień specjalizacji	Data uzyskania	Data otwarcia
<b>Kompetencje</b>						
Nazwa					Data uzyskania	
<b>Doświadczenie zawodowe</b>						
Nazwa						

## FORMULARZ WNIOSKU CZP

VI. WYKAZ ZASOBÓW										KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm	
Unikalny wyróżnik zasobu	Unikalny wyróżnik współwykonawcy	Nazwa zasobu	Ilość	Model/Nazwa pomieszczenia	Nr seryjny	Rok produkcji	Status	Data uzyskania	Kod UMDNS	Umowa serwisowa	Dostępność zasobu dla innych komórek