

HARMONOGRAM - ZASOBY
Załącznik nr 2 do umowy nr
w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego

I. Osoby personelu				
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Status B, D, M, U*
Uprawnienia zawodowe				
Grupa zawodowa (e)		Nr Prawa Wyk. Zawodu (f)		
Zawód-specjalność				
Nazwa (g)		Stopień specjalizacji (h)	Data uzyskania (i)	Data otwarcia (j)
Kompetencje				
Nazwa (k)				Data uzyskania (l)
Doświadczenie zawodowe (m)				

II. Dostępność osoby personelu											
Dostępność godzinowa tygodniowo (a)	Rodzaj harmonogramu ** (b)	pn (c)	wt (d)	śr (e)	czw (f)	pt (g)	sob (h)	nd (i)	Obowiązuje od (j)	Obowiązuje do (k)	Status B, D, M, U*
	P ***										
	D ***										

III. Zakres świadczeń			
Kod zakresu świadczeń (a)		Nazwa zakresu świadczeń (b)	

IV. Miejsce udzielania świadczeń						
Kod miejsca udzielania świadczeń (a)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń (b)	Adres miejsca udzielania świadczeń (c)	Część VII kodu resortowego (d)****	Część VIII kodu resortowego (e)****	Profil IX - X cz. kodu res.(f)****	Status B, D, M, U*

V. Dostępność miejsca udzielania świadczeń											
Dostępność godzinowa tygodniowo (a)	pn (b)	wt (c)	śr (d)	czw (e)	pt (f)	sob (g)	nd (h)	Obowiązuje od (i)	Obowiązuje do (j)	Status B, D, M, U*	

VI. Sprzęt										
Unikalny wyróżnik sprzętu (a)	Wyróżnik podwykonawcy (b)	Nr seryjny (c)	Nazwa (d)	Model (e)	Ilość (f)	Cechy sprzętu (g)	Rok produkcji (h)	Dostępny od (i)	Dostępny do (j)	Status B, D, M, U*

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

** Rodzaj harmonogramu:

P - harmonogram podstawowy

D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)

*** drukowany jeśli wypełniony

**** - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 8 grudnia 2018 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.)

WYKAZ PODWYKONAWCÓW

Załącznik nr do umowy nr

w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego

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

Załącznik nr 5 do umowy nr.....w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego - populacja objęta pilotażem	Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ	
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	
Obszar działania centrów wraz z kodem jednostki podziału terytorialnego (TERYT)	
Liczba mieszkańców pow 18 r.z. zamieszkujących obszar działania centrum wg stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w którym jest określana wysokość ryczałtu na populację na rok następny.	

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy