



**HARMONOGRAM - ZASOBY**  
**Załącznik nr 2 do umowy nr .....**  
**rodzaj świadczeń: programy zdrowotne**

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 wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.)

## HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 2a do umowy nr .....

rodzaj świadczeń: programy zdrowotne

(dotyczy Programu profilaktyki raka piersi realizowanego w trybie mobilnym - mammobus)

Obszar udzielania świadczeń:												Personel udzielający świadczeń				
data postoju mammobusu		model mammografu	nr seryjny mammografu	rok produkcji mammografu	miejsce postoju mammobusu nazwa powiatu	miejsce postoju mammobusu nazwa gminy	miejsce postoju mammobusu nazwa miasto/wieś	godziny postoju		miejsce postoju nazwa	miejsce postoju adres	nazwisko	imię	grupa zawodowa	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu
data	dzień tygodnia							od	do							
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	r

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**  
**Załącznik nr 3 do umowy nr .....**  
**rodzaj świadczeń: programy zdrowotne**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
<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 podwykonawstwa</b>			
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	programy zdrowotne
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 .....