

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr do umowy nr rodzaj świadczeń: świadczenia kontraktowane odrębnie		wersja	Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego: OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ			
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			

Okres rozliczeniowy od..... do.....								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								
Okres rozliczeniowy od..... do..... **								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje								
Razem pozycje	Okres sprawozd.		Wartość (zł)	Okres sprawozd.		Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń			Luty			Marzec	
	Maj			Czerwiec			Lipiec	
	Wrzesień			Październik			Listopad	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu					
Kod miejsca		Nazwa miejsca							
Adres miejsca							TERYT		
				Styczeń	Luty	Marzec			
liczba * cena									
wartość									
				Kwiecień	Maj	Czerwiec			
liczba * cena									
wartość									
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień			
liczba * cena									
wartość									
				Październik	Listopad	Grudzień			
liczba * cena									
wartość									

data sporządzenia

dyrektor OW ***

świadczeniodawca ****

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy
** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)
*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem
**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć / nadruk / naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

HARMONOGRAM - ZASOBY
Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń: świadczenia kontraktowane odrębnie

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu								
I. Miejsce udzielania świadczeń												
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)		Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)		VIII cz.KR*(f)		Profil IX-X cz.KR*(g)	Status **
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń												
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**			
III. Personel												
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)			PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)		St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **
Dostępność osoby personelu												
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu**(o)		Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)	
IV. Sprzęt												
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)				Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)		Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **

dyrektor OW ****

świadczeniodawca *****

* KR (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 2018r. poz. 2190, z późn.zm.)
** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto
*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy
**** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem
***** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć / nadruk / naklejka świadczeniodawcy -zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

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

dyrektor OW *

świadczeniodawca **

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć / nadruk / naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

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.

Świadczeniodawca *

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć / nadruk / naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem