

<b>PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr .....</b> <b>rodzaj świadczeń: programy zdrowotne</b>		<b>Nr dokumentu (aneksu)</b> <b>wprowadzającego:.....</b> <b>OW NFZ</b>
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)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
	Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

Pozycja		Kod zakresu	Nazwa zakresu		Pozycje	
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)

**HARMONOGRAM - ZASOBY**

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

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu						
<b>I. Miejsce udzielania świadczeń</b>										
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)			VII cz. KR* (e)	VIII cz. KR* (f)	Profil IX-X cz. K
<b>II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń</b>										
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**	
<b>III. Personel</b>										
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)			PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St. specjal. (f)
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)
<b>IV. Sprzęt</b>										
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)			Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)		Dostępny od (g)	

dyrektor OW\*\*\*\*

świadczeniodawca\*\*\*\*\*

\* KR (kody resortowe) - 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.)

\*\* 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

R*(g)	Status **

NPWZ (g)	Status **

Dostępny do (h)	Status **

**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							
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>	<i>f</i>	<i>g</i>	<i>h</i>	<i>i</i>	<i>j</i>	<i>k</i>	<i>l</i>	<i>m</i>	<i>n</i>	<i>o</i>	<i>p</i>	<i>r</i>

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

**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

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	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.

świadczeniodawca\* .....

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