



**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.KR*(g)	
<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)	NPWZ (g)
<b>Dostępność osoby personelu</b>											
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)	Dostępny do (h)

Fundusz\*\*\*\*

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 20 2020 r. poz. 295, 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

Status **

Status **

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>

Fundusz\*

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 WYROŻNIK 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

Fundusz\*

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