**Załącznik Nr 2**

**UMOWA Nr ....../.....**

**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ - OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ**

zawarta w ......................................................, dnia ............................................. roku, pomiędzy: **Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,** w imieniu którego działa: ………………………………………….…......................... (wskazanie imienia i nazwiska osoby umocowanej) - ………………………….………….. (wskazanie stanowiska) ……………………………………. (nazwa oddziału) **Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia** z siedzibą w ......................................................................................... (adres), na podstawie pełnomocnictwa/pełnomocnictw# nr ……………. z dnia …………./ i nr ………. z dnia ………../, zwanym dalej **„Funduszem”**

a

………............................................................................................................................................ (*oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.),*

zwanym dalej **„Świadczeniodawcą”**, reprezentowanym przez:

...........................................................................................……………………………………………

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1.**1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zwanymi dalej „świadczeniami”, w zakresie określonym w **załączniku nr 1** do zarządzenia w sprawie określenia warunków i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień do umowy, wydanego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”.

2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:

1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:

a) ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,

b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:

- w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,

- w sprawie ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „szczegółowymi warunkami umów”.

3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapoznania z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji Świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 2.**1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są:

1) przez osoby wymienione w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”;

2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram – zasoby”.

2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w harmonogramie, o którym mowa w ust.1.

3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym **załącznik nr 3** do umowy.

4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 ust. 2 i przepisach odrębnych.

5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą musi zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.

7. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.

8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.

9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Funduszu, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie korzystania z Portalu Funduszu.

**§ 3.**Świadczeniodawca jest zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

**WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 4.**1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia …………. r. do dnia ……….….. r. wynosi maksymalnie …………............... zł (słownie: ……………………….……... zł).

2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.

3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.

4. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.

5. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: …………………………………………………………........... nr ……………………………………………….................................................

6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.

7. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.

8. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).

9. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Funduszu zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności faktury.

10. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, oraz liczba jednostek rozliczeniowych, o której mowa w ust. 4, może ulec zmianie w przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w § 18 pkt 19 szczegółowych warunków umów, na zasadach określonych w § 18 pkt 20 szczegółowych warunków umów.

**§ 5.**Świadczeniodawca jest zobowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10);

2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9);

3) co najmniej jedną grupę problemów wraz z rozszerzeniami, o których mowa w części 1 Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, *Organizacja udzielania świadczeń pkt 3,* załącznika nr 8 do rozporządzenia

– w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy.

**KARY UMOWNE**

**§ 6.**1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o  których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12  maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od  dnia dokonania refundacji.

4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.

5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.

6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1–5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

**OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

**§ 7.**1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia ……..…..... do dnia ………… r.

2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

**POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

**§ 8.**Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

**§ 9.**W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy, o których mowa w § 1 ust. 2 pkt 1 lit. b.

**§ 10.**Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

**§ 11.**Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

1) **Załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy,

2) **Załącznik nr 2 do umowy** – Harmonogram-zasoby,

3) **Załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców,

4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

|  |  |
| --- | --- |
| **PODPISY STRON** | |
| **............................................................** | **............................................................** |
| **............................................................** | **............................................................** |
| **Fundusz** | **Świadczeniodawca** |

Załącznik Nr 1 do Załącznika Nr 2

**PLAN RZECZOWO - FINANSOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr… do umowy nr ………………………..  rodzaj  świadczeń:                                                       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 | | |  | | | | | | | |
| ROK ………… - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych …………………….. zł (słownie - ………………………………………………….) | | | | | | | | | | |
| **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 | |  | | | | |
| 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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fundusz\*\*\* |  |  |  |  |  |  | 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 | | | | | | | | | | |

Załącznik Nr 2 do Załącznika Nr 2

**HARMONOGRAM - ZASOBY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | |  |
| **HARMONOGRAM - ZASOBY** | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |  | **Załącznik nr 2 do umowy** | | | | | | | | | | |  |  |
|  |  |  | **rodzaj świadczeń: ……………………………….** | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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) |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | P\*\*\*\* | | |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  | D\*\*\*\* | | |  |  | |  |  |  |
| **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 \*\* |
|  |  | | | | |  |  |  | |  | | |  |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  | |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fundusz\*\*\*\*\* |  |  |  |  |  |  | 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 2021 r. poz. 711, z późn.zm.) | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\* Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\*\* drukowany jeśli wypełniony | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\*\*\* 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 | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |

Załącznik Nr 3 do Załącznika Nr 2

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 (cześć 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 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 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 | | | |
|  |  |  |  |

Załącznik Nr 4 do Załącznika Nr 2

**Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Załącznik nr 4 do umowy | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 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\* | | | | | | …………………………………………………………….………… | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| \*  pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem | | | | | | | |  |  |  |  |