

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		

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)	Kod limitu
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)									

Razem limity	
Kod limitu	Wartość limitu(zł)
Razem limity (kwota umowy)	

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)	Kod limitu
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)									

Razem limity	
Kod limitu	Wartość limitu(zł)
Razem limity (kwota umowy)	

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

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr do umowy nr

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 **

data sporządzenia

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 2020 r. poz. 295, 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

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

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 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