

Plan rzeczowo - finansowy

Załącznik nr 1 do umowy systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr do umowy nr systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej							Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ				
Nr identyfikacyjny świadczeniodawcy nadany przez NFZ			Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych								
Nr identyfikacyjny zakładu leczniczego nadany przez NFZ			Nazwa zakładu leczniczego zakwalifikowanego do poziomu zabezpieczenia świadczeń								
ROK 2020 ({nr umowy z roku 2020}) - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczychzł (słownie -zł)											
Okres od 2020-01-01 do 2020-12-31											
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Id zakładu leczniczego	Ryczałt PSZ				Od	Do	
					Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)			
Nazwa profilu									Od	Do	
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Zakresy finansowane odrębnie				Od	Do	Kod limitu
					Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)			
Razem zakresy finansowane oddzielnie (w okresie od 2020-01-01 do 2020-12-31) - wartość w zł											

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

Razem wszystkie zakresy (kwota umowy w okresie od 2020-01-01 do 2020-12-31) - wartość w zł	
--	--

Razem wszystkie zakresy (kwota umowy całym okresie) - wartość w zł	
--	--

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - ryczałt PSZ					
Pozycja		Kod zakresu	Nazwa zakresu		
			Styczeń	Luty	Marzec
			Kwiecień	Maj	Czerwiec
			Lipiec	Sierpień	Wrzesień
			Październik	Listopad	Grudzień

Pozycja		Kod zakresu	Nazwa zakresu		
Kod miejsca		Nazwa miejsca			
Adres miejsca				TERYT	
Miesiąc Od		Miesiąc Do	Finansowane w ramach ryczałtu PSZ	W ramach pozycji nr	(nr pozycji umowy - zakresu ryczałtowego, w ramach którego jest rozliczany ten zakres sprawozdawczy)

Plan rzeczowo - finansowy

Załącznik nr 1 do umowy systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

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 / Świadczenia finansowane odrębnie											
wartość / Świadczenia finansowane odrębnie											
			Kwiecień		Maj		Czerwiec				
liczba * cena / Świadczenia finansowane odrębnie											
wartość / Świadczenia finansowane odrębnie											
			Lipiec		Sierpień		Wrzesień				
liczba * cena / Świadczenia finansowane odrębnie											
wartość / Świadczenia finansowane odrębnie											
			Październik		Listopad		Grudzień				
liczba * cena / Świadczenia finansowane odrębnie											
wartość / Świadczenia finansowane odrębnie											
ROK 2021 ({nr umowy z roku 2021}) - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych.....zł (słownie -zł)											
Okres od 2021-01-01 do 2021-06-30											
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Id zakładu leczniczego	Ryczałt PSZ				Od	Do	
					Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)			
Nazwa profilu									Od	Do	
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Zakresy finansowane odrębnie				Od	Do	Kod limitu
					Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)			
Razem zakresy finansowane oddzielnie (w okresie od 2021-01-01 do 2021-06-30) - wartość w zł											

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

Razem wszystkie zakresy (kwota umowy w okresie od 2021-01-01 do 2021-06-30) - wartość w zł	
--	--

Razem wszystkie zakresy (kwota umowy w całym okresie od 2021-01-01 do 2021-06-30) - wartość w zł	
--	--

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - ryczałt PSZ					
Pozycja		Kod zakresu	Nazwa zakresu		
			Styczeń		Luty
liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy					Marzec
wartość / RS - Ryczałt sieciowy					
			Kwiecień		Maj
liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy					Czerwiec
wartość / RS - Ryczałt sieciowy					
			Lipiec		Sierpień
liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy					Wrzesień
wartość / RS - Ryczałt sieciowy					
			Październik		Listopad
liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy					Grudzień
wartość / RS - Ryczałt sieciowy					

Pozycja		Kod zakresu	Nazwa zakresu		
Kod miejsca		Nazwa miejsca			
Adres miejsca					TERYT
Miesiąc Od		Miesiąc Do	Finansowane w ramach ryczałtu PSZ	W ramach pozycji nr	(nr pozycji umowy - zakresu ryczałtowego, w ramach którego jest rozliczany ten zakres sprawozdawczy)

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

Fundusz***

Świadczeniodawca****

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy
** Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres)
*** 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 do umowy nr

Świadczeniodawca****

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

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
Załącznik nr do umowy nr

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

WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW
Załącznik nr do umowy nr
w zakresie opieki kompleksowej.....

UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓŁREALIZATORA			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Przedmiot świadczeń współrealizatora	
Opis przedmiotu współrealizacji			

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	
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