

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 sprawozdawczych .....zł (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	
liczba * cena / Świadczenia finansowane odrębnie			Styczeń	Luty	Marzec	
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			
Kod miejsca		Nazwa miejsca				
Adres miejsca					TERYT	
liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy			Styczeń	Luty	Marzec	
wartość / RS - Ryczałt sieciowy						
			Kwiecień	Maj	Czerwiec	
liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy						
wartość / RS - Ryczałt sieciowy						
			Lipiec	Sierpień	Wrzesień	
liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy						
wartość / RS - Ryczałt sieciowy						
			Październik	Listopad	Grudzień	
liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy						
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					
				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					

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

**HARMONOGRAM - ZASOBY****Załącznik nr ..... do umowy nr .....**

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)
					Status **
<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)
					Tyg. lb. godzin (h)
					Obowiązuje od (i)
					Obowiązuje do (j)
					Status **
<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)
					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 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.)

\*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

\*\*\* 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 .....

<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY</b>			
<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

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

<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓŁREALIZATORA</b>			
<b>Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora</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 współrealizatora</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Dane dotyczące zakresu współrealizacji</b>			
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

## Wniosek o zmianę rachunku bankowego

Załącznik nr 5 do umowy systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

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