Załącznik Nr 9a do zarządzenia Nr 138/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 26 października 2022 r.

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SOK**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NUMER WNIOSKU: ................, NUMER POSTĘPOWANIA ........ | | | Miejscowość, data przygotowania oferty | |
|  | | | | |
| **I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO** | | | | **KOD GRAFICZNY** |
|  | | | | |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskującego - świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** | | | | |
| Nazwa |  | | | |
| Adres siedziby |  | | | |
| Kod terytorialny i nazwa |  | | | |
| REGON |  | | NIP |  |
| Forma organizacyjno-prawna (cześć IV KR) |  | | | |
| Osoba/y uprawniona do reprezentowania |  | | Telefon |  |
| **Dane rejestrowe** | | | | |
| Rodzaj rejestru |  | Nr wpisu do rejestru |  | |
| Organ rejestrujący |  | Data wpisu |  | |
| Data ostatniej aktualizacji |  | |
| **Certyfikaty** | | | | |
| Nazwa | Zakres certyfikatu | | Data ważności |  |
|  |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK** | | | | | **KOD GRAFICZNY** | |
| **Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III)** | | | | | |  |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ** | Nazwa miejsca udzielania świadczeń | | | |  |  |
|  | Adres miejsca | | | | Kod terytorialny |  |
|  | Kod komórki org. *(część VII KR)* |  | Specjalność komórki org. *(Część VIII KR)* |  | |  |
|  | Kod zakresu świadczeń |  | Nazwa zakresu świadczeń |  |  |  |
|  | Kod profilu |  | Nazwa profilu medycznego |  |  |  |
| **PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA** | | |  |  |  |  |
| Jednostka rozliczeniowa | |  |  |  |  |  |
| Oferowana cena jednostki | |  |  |  |  |  |
|  | styczeń | luty | marzec | I kwartał |  |  |
| *liczba \* cena* |  |  |  | *liczba* |  |  |
| *wartość* |  |  |  | *wartość* |  |  |
|  | kwiecień | maj | czerwiec | II kwartał |  |  |
| *liczba \* cena* |  |  |  | *liczba* |  |  |
| *wartość* |  |  |  | *wartość* |  |  |
|  | lipiec | sierpień | wrzesień | III kwartał |  |  |
| *liczba \* cena* |  |  |  | *liczba* |  |  |
| *wartość* |  |  |  | *wartość* |  |  |
|  | październik | listopad | grudzień | IV kwartał |  |  |
| *liczba \* cena* |  |  |  | *liczba* |  |  |
| *wartość* |  |  |  | *wartość* |  |  |
| Razem | liczba |  |  |  |  |  |
|  | wartość |  |  |  |  |  |
| **Dostępność** | | | | | | |
| Dostępność profilu medycznego/zakresu | | |  |  |  |  |
| Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu | | |  |  |  |  |
| pon | wt | śr | czw | pt | sb | niedz |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Personel** | | | | | | |
| **<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>** | Nazwisko |  | | | | |
|  | Imiona |  | | | PESEL |  |
| zawód/specjalność | |  | stopień specjalizacji | | Nr Prawa Wyk. Zawodu | |
| Stanowisko/funkcja pracownika | |  |  | Liczba godzin pracy tygodniowo | |  |
| pon | wt | śr | czw | pt | sb | niedz |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Doświadczenie** | | | | | | |
| Nazwa |  |  |  |  |  |  |
| **Wykształcenie** | | | | | | |
| Nazwa |  |  |  |  |  |  |
| **Sprzęt** | | | | | | |
| **<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>** | Nazwa sprzętu |  |  |  | Ilość |  |
| Rodzaj dostępności sprzętu | | Rok produkcji |  | Nr seryjny sprzętu | |  |
| **MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA\*** | | |  |  |  |  |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ** | Nazwa miejsca udzielania świadczeń | | |  |  |  |
|  | Adres miejsca |  |  |  | Kod terytorialny |  |
|  | Unikalny kod komórki org. *(cz. VII KR)* | | Specjalność komórki org. *(Cz. VIII KR)* | | |  |
|  | Kod zakresu świadczeń | | Nazwa zakresu świadczeń | |  |  |
|  | Kod profilu |  | Nazwa profilu medycznego | |  |  |
| \* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia (również jeśli w strukturze organizacyjnej znajduje się kilka oddziałów oznaczonych tymi samymi kodami części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych) zgodnie z umową, np. oddział neonatologiczny, poradnia położniczo - ginekologiczna, dodatkowy oddział położniczo-ginekologiczny lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW** | | | **KOD GRAFICZNY** |
|  |  | | |
| **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 |  | podpis i pieczęć Wnioskującego | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW** | | | **KOD GRAFICZNY** |
|  |  | | |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓŁREALIZATORA** |  | | |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora** | | | |
| Nazwa |  | | |
| Adres siedziby |  | | |
| Kod terytorialny i nazwa |  | | |
| REGON |  | NIP |  |
| Forma organizacyjno-prawna (cześć 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 |  | Pozyca/e umowy |  |
| Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji |  | Przedmiot świadczeń współrealizatora |  |
| Opis przedmiotu współrealizacji |  | | |
|  | | | |
| data sporządzenia |  | podpis i pieczęć Wnioskującego | |