Załącznik Nr 5 do umowy

**WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **rodzaj świadczeń: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie  (KOC II/III)** | | | |
| **zdrowotne** |  | | |
| **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 |  | Pozycja/e umowy |  |
| Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji |  | Przedmiot świadczeń współrealizatora |  |
| Opis przedmiotu współrealizacji |  | | |
|  |  |  |  |
| data sporządzenia |  |  |  |
|  |  |  |  |
| dyrektor OW\* |  | 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 | | | |