Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 158/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 2 grudnia 2022 r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **HARMONOGRAM - ZASOBY**  **Załącznik nr 1 do umowy nr ………………………………….**  **rodzaj świadczeń: zaopatrzenie w wyroby medyczne** | | | | | | | | | | | | | |
| 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. Zestawy produktów handlowych** | | | | | | |  | | | | |
| Miesiąc obowiązywania (a) | | Id zestawu produktów handlowych (b) | | Wersja zestawu (c) | | 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. 2022 r. poz. 633, z późn.zm.) - stosuje się odpowiednio do komórek org. wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia  \*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto  \*\*\* Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - dodatkowy (wizyty domowe)  \*\*\*\* 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 | | | | | | | | | | | | | |