

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ASDK		wersja	Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ			
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			

Okres rozliczeniowy od..... do.....										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do.....**										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

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

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 2 do umowy
rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ASDK

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń (b)	Zakres świadczeń (c)	Kod miejsca udzielania świadczeń (d)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń (e)	Adres miejsca udzielania świadczeń (f)	Część VII kodu resortowego (g) ***	Część VIII kodu resortowego (h)***	Profil IX - X cz. kodu res.(i)***

I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń								
Harmonogram								
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)
								Status D, M, U*

II. Personel										
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)				Imiona (c)			Pesel (d)	Status D, M, U*	
Dostępność osoby personelu										
Dostępność godzinowa tygodniowo (e)	Rodzaj harmonogramu ** (f)	pn (g)	wt (h)	śr (i)	czw (j)	pt (k)	sob (l)	nd (m)	Obowiązuje od (n)	Obowiązuje do (o)
	P									
Uprawnienia zawodowe										
Grupa zawodowa (p)						Nr Prawa Wyk. Zawodu (q)				
Zawód-specjalność										
Nazwa (r)							Stopień specjalizacji (s)	Data uzyskania (t)	Data otwarcia (u)	
Kompetencje										
Nazwa (w)									Data uzyskania (y)	
Doświadczenie zawodowe (z)										
III. Sprzęt										
Unikalny wyróżnik sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)			Ilość (c)	Nr seryjny sprzętu (d)	Rodzaj dostępności sprzętu (e)	Rok produkcji (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status D, M, U*

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

* D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto
** Rodzaj harmonogramu:
P - harmonogram podstawowy

*** - 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. 160, z późn.zm.),
- stosuje się odpowiednio do komórek org. wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
Załącznik nr do umowy
rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ASDK

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

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

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.

Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy