Załącznik Nr 2 do umowy

**HARMONOGRAM - ZASOBY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **rodzaj świadczeń: ………………………………………………….** | | | | | | | | | | | | | |
| **I. Rejon operacyjny** | | | | | | | | | | | | | |
| Kod rejonu operacyjnego (a) | |  | | | Nazwa rejonu operacyjnego (b) | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **II. Osoby personelu rejonu operacyjnego** | | | | | | | | | | | | | |
| Unikalny wyróżnik osoby (a) | Nazwisko (b) | | Imiona (c) | | PESEL (d) | Zawód/specjalność (kod + nazwa) (e) | | | Nr Prawa Wyk. Zawodu (f) | Dostępność godzinowa tygodniowo (g) | Obowiązuje od (h) | Obowiązuje do (i) | Status B. D, M, U\* |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **III. Zakres świadczeń** | | | | | | | | | | | | | |
| Kod zakresu świadczeń (a) | |  | | | Nazwa zakresu świadczeń (b) | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **IV. Zespół RTM** | | | | | | | | | | | | | |
| Kod zespołu RTM (a) \*\* | Nazwa zespołu RTM (b) | | Adres miejsca stacjonowania (c) | | TERYT miejsca stacjonowania (d) | Unikalny wyróżnik zespołu RTM (e) | Wyróżnik podwykonawcy (f) | | Wyróżnik współrealizatora(g) | Kod komórki org. (część VII KR) (h) | Obowiązuje od (i) | Obowiązuje do (j) | Status B, D, M, U\* |
|  |  | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| Obszar działania zespołu (k) | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **V. Dostępność zespołu RTM** | | | | | | | | | | | | | |
| Dostępność godzinowa tygodniowo (a) | | | pn (b) | wt (c) | śr (d) | czw (e) | pt (f) | | sob (g) | nd (h) | Obowiązuje od (i) | Obowiązuje do (j) | Status B. D, M, U\* |
|  | | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **VI. Pojazd przypisany do zespołu RTM** | | | | | | | | | | | | | |
| Unikalny wyróżnik zespołu RTM (a) | Unikalny wyróżnik pojazdu (b) | Wyróżnik podwykonawcy (c) | Wyróżnik współrealizatora (d) | Nr rejestracyjny (e) | Marka, model (f) | | VIN (g) | | Typ ambulansu (h) | Rok produkcji (i) | Dostępny od (j) | Dostępny do (k) | Status B, D, M, U\* |
|  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Dyrektor OW\*\*\* | | | | | | | Świadczeniodawca/Świadczeniodawca-Reprezentant \*\*\*\* | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | |
| \* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto | | | | | | | | | | | | | |
| \*\* 10 znakowy kod jednostki/zespołu RTM oparty o kod TERC (TERYT) | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\* Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\*\* Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy/świadczeniodawcy-reprezentanta - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem | | | | | | | | | | | | | |
| 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 2025 r. poz. 450, z późn. zm.). | | | | | | | | | | | | | |