Załącznik nr 2 do Załącznika nr 2b

**HARMONOGRAM - ZASOBY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Załącznik nr …… do umowy nr ………………………………….** | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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. Sprzęt** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Id sprzętu (a) | Nazwa sprzętu (b) | | | | | Ilość (c) | Nr seryjny (d) | Rok produkcji (e) | | Rodzaj dostępności (f ) | | | Dostępny od (g) | Dostępny do (h) | Status \*\* |
|  |  | | | | |  |  |  | |  | | |  |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  | |  | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| data sporządzenia | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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. z 2025 r. poz. 450, z późn.zm.) | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\* Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\*\* 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 | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |