Załącznik Nr 9 do zarządzenia Nr 79/2022/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 czerwca 2022 r.

.

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskującego - świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** | | | | | | |
| Nazwa |  | | | | | |
| Adres siedziby |  | | | | | |
| Kod terytorialny i nazwa |  | | | | | |
| REGON |  | | | NIP |  | |
| Forma organizacyjno-prawna (cześć IV KR) |  | | | | | |
| Osoba/y uprawniona do reprezentowania |  | | | Telefon |  | |
| **Dane rejestrowe** | | | | | | |
| Rodzaj rejestru |  | | Nr wpisu do rejestru |  | | |
| Organ rejestrujący |  | | Data wpisu |  | | |
| Data ostatniej aktualizacji |  | | |
| **Certyfikaty** | | | | | | |
| Nazwa | Zakres certyfikatu | | | Data ważności |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK** | | | | | | |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ** | Nazwa miejsca udzielania świadczeń |  | | | | |
| Adres miejsca |  | | | Teryt |  |
| Kod komórki org. (część VII KR) |  | Specjalność komórki org. (Część VIII KR) |  | | |
|  | | | | | **Wybór** | **Populacja** |
| **1.      Świadczenia lekarza POZ** | | | | |  |  |
| **2.      Świadczenia pielęgniarki POZ** | | | | |  |  |
| **3.      Świadczenia położnej w POZ** |  |  |  |  |  |  |
| **w tym: Świadczenia polożnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy** | | | |  |  | **nd** |
| **w tym: świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej** | | | | |  |  |
| **4.      Świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej** | | | | |  |  |
| **5.      Transport sanitarny w POZ** | |  |  |  |  |  |
| **6.      Koordynacja opieki** | | | | |  |  |
| **Obszar działania** | | | | | | |
| Kod obszaru | Nazwa obszaru | | | | | Populacja |
|  |  | | | | |  |
|  |  | | | | |  |
| **Dostępność** | | | | | | |
| Dostępność profilu medycznego/zakresu rzeczowego | | | | |  | |
| Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu | | | | | | |
| pon | wt | śr | czw | pt | sb | niedz |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Harmonogram dostępności wizyt domowych | | | | | | |
| pon | wt | śr | czw | pt | sb | niedz |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Personel** | | | | | | |
| **<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>** | Nazwisko |  | | | | |
| Imiona |  | | | PESEL |  |
| zawód/specjalność |  | | stopień specjalizacji |  | Nr Prawa Wyk. Zawodu |  |
| Stanowisko/funkcja pracownika |  | | | Liczba godzin pracy tygodniowo | |  |
| pon | wt | śr | czw | pt | sb | niedz |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Doświadczenie** | | | | | | |
| Nazwa |  | | | | | |
| **Wykształcenie** | | | | | | |
| Nazwa |  | | | | | |
| **Sprzęt** | | | | | | |
| **<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>** | Nazwa sprzętu |  | | | Ilość |  |
| Rodzaj dostępności sprzętu |  | Rok produkcji |  | Nr seryjny sprzętu |  | |
| **Pojazdy\*** | | | | | | |
| **<Unikalny wyróżnik pojazdu z wykazu>** | Nazwa pojazdu |  | | | Ilość |  |
| Rodzaj dostępności pojazdu |  | Rok produkcji |  | Nr rejestracyjny |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| \* wypełniany dla umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| *Oznaczenie Dyrektora OW* | |  |  | *Oznaczenie świadczeniodawcy* | |  |