Załącznik Nr 2 do umowy

**HARMONOGRAM - ZASOBY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **rodzaj świadczeń:** | | | | |  | | | | | | | | |
| 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) | |
|  |  |  | | |  | | | |  |  | |  | |
| **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) | Tyg. lb. godzin (h) | Obowiązuje od (i) | Obowiązuje do (j) |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  |  |
|  |  | |  | |  |  | | |  |  |  |  |  |
| **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) |
|  |  | | | | |  |  |  |  | | |  |  |
|  |  | | | | |  |  |  |  | | |  |  |
| **V. Pojazdy** | | | | | | | | | | | | | |
| ID pojazdu (a) | Nazwa pojazdu (marka, model) (b) | | | | | | Nr rejestracyjny ( c) | | Rok produkcji (d) | | Dostępny od (e) | Dostępny do (f) | 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. z 2021. poz. 711, 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 | | | | | | | | | | | | | |
| \*\*\* 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 | | | | | | | | | | | | | |