Załącznik nr 6a do umowy

**HARMONOGRAM DODATKOWY – ZASOBY \*  
leczenie w ramach onkologicznych świadczeń kompleksowych (KON-Pierś; KON-JG)**

**Załącznik nr** ….. **do umowy nr** …. / ….

**rodzaj świadczeń:** ……………………………………….......

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Wykaz członków wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego\*** | | | | | | | | |
| Unikalny wyróżnik   osoby **(a)** | Nazwisko  **(b)** | Imiona  **(c)** | Grupa zawodowa  **(d)** | Zawód – specjalność/  Nazwa specjalizacji **(e)** | Stopień specjalizacji **(f)** | Nr prawa wykonywania zawodu **(g)** | Nr Pesel **(h)** | Dostępność godzinowa tygodniowo **(i)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **II. Koordynator merytoryczny\*** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **III. Koordynator organizacyjny\*** | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Fundusz \*\*** | | | |  | **Świadczeniodawca \*\*\*** | | | |
| …………………………………………………………… | | | |  | …………………………………………………………… | | | |
| \* na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.). | | | | | | | | |
| 1) wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w § 4a ust. 1a, pkt 1, lit a (KON-Pierś) lit b (KON-JG) rozporządzenia, | | | | | | | | |
| 2) koordynator merytoryczny (dotyczy KON-pierś), o którym mowa w załączniku nr 3a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r.. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.), w części 2. Centrum Kompetencji Raka Piersi , w kolumnie: organizacja udzielania świadczeń pkt. 7 i 8; | | | | | | | | |
| 3) koordynator organizacyjny, o którym mowa w zał. 3a do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.), w części 2. Centrum Kompetencji Raka Piersi , w kolumnie: organizacja udzielania świadczeń pkt. 9 i 10 lub w części 3: Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego, w kolumnie: organizacja udzielania świadczeń pkt 5,6. | | | | | | | | |
| \*\* 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. | | | | | | | | |