Załącznik nr 6 do umowy

**HARMONOGRAM DODATKOWY – ZASOBY \*  
leczenie na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego**

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| I.**Wykaz lekarzy specjalistów uczestniczących w ustaleniu planu leczenia**[1](fnote://FD8E10CA-D298-4B22-A051-9CD27442EC96) | | | | | | | | | | | |
| 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.**Wykaz pozostałych członków uczestniczących w zespole prowadzącym leczenie onkologiczne [2](fnote://c3d1ccfb-bfae-4d50-af34-1f8544370eba)** | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
| III. **Koordynator leczenia onkologicznego [3](fnote://e999abc6-fcfe-474f-b90a-7adb4c1e2612)** | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |

**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.)

\*\* 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