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 1)** | | | | | | | | | | | |
| 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 organizacyjny 2)** | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |

Fundusz\*\* Świadczeniodawca \*\*\*

……………………………………… …………………………………………………

\* na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870 z późn. zm.).

1) wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, o którym mowa w § 4a ust. 1a, pkt 3 ww. rozporządzenia

2) 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 2023 r. poz. 870, z późn. zm.) - w części 2. Centrum Kompetencji Raka Piersi, w pozycji: Organizacja udzielania świadczeń - pkt 7 i 8 oraz w części 3: Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego, w pozycji: Organizacja udzielania świadczeń - pkt 5 i 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