Załącznik Nr 4 do zarządzenia Nr 180/2023/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 12 grudnia 2023 r.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **WNIOSEK O OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH UMOWĄ PSZ** | | | | |
| **w zakresie:** | | | | |
|  | | | | |
| **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** | | | | | | |  | |
| **Zakres:** | | | | | | | | |
| Kod przedmiotu postępowania | |  | Nazwa przedmiotu  postępowania |  | | | |  |
| **PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA** | | | | | | | | |
| Jednostka rozliczeniowa | | |  | | | | | |
| Oferowana cena jednostki | | |  | | | | | |
|  | styczeń | | luty | marzec | | I kwartał | | |
| *liczba \* cena* |  | |  |  | | *liczba* |  |  |
| *wartość* |  | |  |  | | *wartość* |  |  |
|  | kwiecień | | maj | czerwiec | | II kwartał | | |
| *liczba \* cena* |  | |  |  | | *liczba* |  |  |
| *wartość* |  | |  |  | | *wartość* |  |  |
|  | lipiec | | sierpień | wrzesień | | III kwartał | | |
| *liczba \* cena* |  | |  |  | | *liczba* |  |  |
| *wartość* |  | |  |  | | *wartość* |  |  |
|  | październik | | listopad | grudzień | | IV kwartał | | |
| *liczba \* cena* |  | |  |  | | *liczba* |  |  |
| *wartość* |  | |  |  | | *wartość* |  |  |
| Razem | liczba | |  | | | | | |
|  | wartość | |  | | | | | |
| **MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA\*** | | | | | | | | |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ** | Nazwa miejsca udzielania  świadczeń | |  | | | | | |
| Adres miejsca | |  | | | | Teryt |  |
| Kod komórki org.  *(część VII KR)* | |  | Specjalność komórki org.  *(Część VIII KR)* | |  | | |
| Kod zakresu świadczeń | |  | Nazwa zakresu świadczeń | |  | | |
| Kod profilu | |  | Nazwa profilu medycznego | |  | | |
| **Dostępność** | | | | | | | | |
| Dostępność profilu medycznego/zakresu | | | | | | | | |
| Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu | | | | | |  |  |  |
| 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 |
|  |  | |  |  | |  |  |  |
| **Sprzęt** | | | | | | | | |
| **<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>** | Nazwa sprzętu | |  | | | | Ilość |  |
| Rodzaj dostępności  sprzętu |  | | Rok produkcji | |  | Nr seryjny sprzętu |  | |
|  |  | |  |  | |  |  |  |
|  |  | |  |  | |  |  |  |
| \* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia (również jeśli w strukturze organizacyjnej znajduje sie kilka oddziałów oznaczonych tymi samymi kodami części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych) zgodnie z umową | | | | | | | | |