

Załącznik nr 2 do zarządzenia Nr 86/2012/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 grudnia 2012 r.

Załącznik Nr 9 do zarządzenia Nr 85/2011/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r.

## WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W POZ

### 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 (część 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

<b>UNIKALNY WYRÓZNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	Nazwa miejsca udzielania świadczeń				
	Adres miejsca			Teryt	
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)		
				<b>Wybór</b>	<b>Populacja</b>
1. Świadczenia lekarza POZ					
2. Świadczenia pielęgniarstwa POZ					
3. Świadczenia położnej w POZ					
4. Świadczenia pielęgniarstwa szkolnego					
5. Transport sanitarny w POZ					
Obszar działania					
Kod obszaru	Nazwa obszaru				Populacja
Dostępność					
Dostępność profilu medycznego/zakresu rzeczowego					
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu					
pon	wt	śr	czw	pt	sb
					niedz
Harmonogram dostępności wizyt domowych					
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
Doświadczenie						
Nazwa						
Wykształcenie						
Nazwa						
Sprzęt						
<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>	Nazwa sprzętu				Ilość	
Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu		
Pojazdy*						
<Unikalny wyróżnik pojazdu z wykazu>	Nazwa pojazdu				Ilość	
Rodzaj dostępności pojazdu		Rok produkcji		Nr rejestracyjny		

\* wypełniane dla umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz