

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W RODZAJU
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**

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

UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń				
	Adres miejsca			Teryt	
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)		
				Wybór	Populacja
1. Świadczenia lekarza POZ					
2. Świadczenia pielęgniarki POZ					
3. Świadczenia położnej w POZ					
w tym: Świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy					nd
w tym: świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej					
4. Świadczenia pielęgniarki szkolnej					
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