

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr ..... Program pilotażowy dotyczący leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przeciecznikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		

Okres rozliczeniowy od..... do.....									
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)	Kod limitu
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)									

Razem limity	
Kod limitu	Wartość limitu(zł)
Razem limity (kwota umowy)	

Okres rozliczeniowy od..... do.....**									
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)	Kod limitu
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)									

Razem limity	
Kod limitu	Wartość limitu(zł)
Razem limity (kwota umowy)	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje								
Razem pozycje	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
	Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu					
Kod miejsca		Nazwa miejsca							
Adres miejsca						TERYT			
				Styczeń	Luty	Marzec			
liczba * cena									
wartość									
				Kwiecień	Maj	Czerwiec			
liczba * cena									
wartość									
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień			
liczba * cena									
wartość									
				Październik	Listopad	Grudzień			
liczba * cena									
wartość									

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

\* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy  
\*\* - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

**HARMONOGRAM - ZASOBY**

**Załącznik nr 2 do umowy**  
**w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwinnego za pomocą przezcewnikowej trombektomii**  
**mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych**

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń (b)	Zakres świadczeń (c)	Kod miejsca udzielania świadczeń (d)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń (e)	Adres miejsca udzielania świadczeń (f)	Część VII kodu resortowego ****(g)	Część VIII kodu resortowego ****(h)	Profil IX - X cz. kodu resortowego ****(i)

<b>I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń</b>									
Harmonogram									
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status D, M, U*

<b>II. Personel</b>										
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)					Imiona (c)			Pesel (d)	Status D, M, U*
Dostępność osoby personelu										
Dostępność godzinowa tygodniowo (e)	Rodzaj harmonogramu ** (f)	pn (g)	wt (h)	śr (i)	czw (j)	pt (k)	sob (l)	nd (m)	Obowiązuje od (n)	Obowiązuje do (o)
	P ***									
	D ***									
Uprawnienia zawodowe										
Grupa zawodowa (p)						Nr Prawa Wyk. Zawodu (q)				
Zawód-specjalność										
Nazwa (r)						Stopień specjalizacji (s)		Data uzyskania (t)	Data otwarcia (u)	
Kompetencje										
Nazwa (w)									Data uzyskania (y)	
Doświadczenie zawodowe (z)										
<b>III. Sprzęt</b>										
Unikalny wyróżnik sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)			Ilość (c)	Nr seryjny sprzętu (d)	Rodzaj dostępności sprzętu (e)	Rok produkcji (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status D, M, U*

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

\* D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

\*\* Rodzaj harmonogramu:

P - harmonogram podstawowy

D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)

\*\*\* drukowany jeśli wypełniony

\*\*\*\***Kody resortowe** - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.)

Miejscowość ..... Data .....

Kod Oddziału Wojewódzkiego  
Dane Świadczeniodawcy  
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

**Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego**

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego :	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy .....