

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr ..... rodzaj świadczeń:..... wersja .....						Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ				
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ										
Nazwa świadczeniodawcy/ Świadczeniodawcy - Reprezentanta w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych										
Okres rozliczeniowy od..... do.....										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod rejonu operacyjnego	Nazwa rejonu operacyjnego	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jednostki rozliczeniowej (zł)	Wartość (zł)	
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do..... **										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod rejonu operacyjnego	Nazwa rejonu operacyjnego	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jednostki rozliczeniowej (zł)	Wartość (zł)	
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
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 rejonu operacyjnego		Nazwa rejonu operacyjnego								
				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/Świadczeniodawcy-  
Reprezentanta

\* 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 nr .....**  
**Rodzaj świadczeń:.....**

I. Rejon operacyjny											
Kod rejonu operacyjnego (a)		Nazwa rejonu operacyjnego (b)									
II. Osoby personelu rejonu operacyjnego											
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (kod+nazwa) (e)	Nr Prawa Wyk. Zawodu (f)	Dostępność godzinowa tygodniowo (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status B, D, M, U*		
III. Zakres świadczeń											
Kod zakresu świadczeń (a)		Nazwa zakresu świadczeń (b)									
IV. Zespół RTM											
Kod zespołu RTM (a) **	Nazwa zespołu RTM (b)	Adres miejsca stacjonowania (c)	TERYT miejsca stacjonowania (d)	Unikalny wyróżnik zespołu RTM (e)	Wyróżnik podwykonawcy (f)	Wyróżnik współrealizatora(g)	Kod komórki org. (część VII KR) (h)	Obowiązuje od (i)	Obowiązuje do (j)	Status B, D, M, U*	
Obszar działania zespołu (k)											
V. Dostępność zespołu RTM											
Dostępność godzinowa tygodniowo (a)	pn (b)	wt (c)	śr (d)	czw (e)	pt (f)	sob (g)	nd (h)	Obowiązuje od (i)	Obowiązuje do (j)	Status B, D, M, U*	
VI. Pojazd przypisany do zespołu RTM											
Unikalny wyróżnik zespołu RTM (a)	Unikalny wyróżnik pojazdu (b)	Wyróżnik podwykonawcy (c)	Wyróżnik współrealizatora (d)	Nr rejestracyjny (e)	Marka, model (f)	VIN (g)	Typ ambulansu (h)	Rok produkcji (i)	Dostępny od (j)	Dostępny do (k)	Status B, D, M, U*

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy/Świadczeniodawcy-Reprezentanta

\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto  
\*\* 10 znakowy kod jednostki/zespołu RTM oparty o kod TERC (TERYT)

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. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.).



**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**

Załącznik nr ..... do umowy nr .....

rodzaj świadczeń:.....

<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY</b>	<i>(unikalny wyróżnik)</i>	<b>Świadczeniodawca, na rzecz którego realizowane jest podwykonawstwo (nazwa)</b>	<i>(nazwa świadczeniodawcy - współrealizatora)</i>	<b>Unikalny wyróżnik świadczeniodawcy - współrealizatora</b>	<i>(unikalny wyróżnik)</i>
<b>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</b>					
Nazwa					
Adres siedziby					
Kod terytorialny i nazwa					
REGON		NIP			
Forma organizacyjno- prawna (część IV KR)					
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon			
<b>Dane rejestrowe podwykonawcy</b>					
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru			
Organ rejestrujący		Data wpisu			
		Data ostatniej aktualizacji			
<b>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</b>					
Umowa/promesa					
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy			
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych			
Opis przedmiotu podwykonawstwa					
Adres miejsca stacjonowania ZRM		TERYT miejsca stacjonowania			
Unikalny wyróżnik zespołu RTM	<i>(Unikalny wyróżnik zespołu RTM)</i>	<i>Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)</i>	<i>(część VII K.R.)</i>	<i>Specjalność komórki org. (cz. VIII KR)</i>	<i>(część VIII K.R.):</i>

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

Miejscowość ..... Data .....

Kod Oddziału Wojewódzkiego  
Dane Świadczeniodawcy/Świadczeniodawcy-Reprezentanta  
(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/Świadczeniodawcy-Reprezentanta .....

**WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW**

Załącznik nr ..... do umowy nr .....

Rodzaj świadczeń:.....

<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓŁREALIZATORA</b>					
<b>Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora</b>					
Nazwa					
Adres siedziby					
Kod terytorialny i nazwa					
REGON		NIP			
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)					
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon			
<b>Dane rejestrowe współrealizatora</b>					
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru			
Organ rejestrujący		Data wpisu			
		Data ostatniej aktualizacji			
<b>Dane dotyczące zakresu współrealizacji</b>					
Umowa/promesa					
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy			
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń współrealizatora			
Opis przedmiotu współrealizacji					
Adres miejsca stacjonowania ZRM		TERYT miejsca stacjonowania			
Unikalny wyróżnik zespołu RTM	(Unikalny wyróżnik zespołu RTM)	Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)	(część VII K.R.)	Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)	(część VIII K.R.):

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy/Świadczeniodawcy-Reprezentanta