

Plan rzeczowo - finansowy

Załącznik nr 1 do umowy systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr .... do umowy nr ..... systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej					Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ					
Nr identyfikacyjny świadczeniodawcy nadany przez NFZ			Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych							
Nr identyfikacyjny zakładu leczniczego nadany przez NFZ			Nazwa zakładu leczniczego zakwalifikowanego do poziomu zabezpieczenia świadczeń							
Okres rozliczeniowy od..... do.....										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Id zakładu leczniczego	Ryczałt PSZ				Od	Do
					Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
Nazwa profilu									Od	Do
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielenia świadczeń	Zakresy finansowane odrębnie				Od	Do
					Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)		
Razem zakresy finansowane oddzielnie (w okresie rozliczeniowym) - wartość w zł										

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

Razem wszystkie zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) - wartość w zł	
---	--

Razem wszystkie zakresy (kwota umowy całym okresie) - wartość w zł	
--	--

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - ryczałt PSZ				
Pozycja		Kod zakresu	Nazwa zakresu	
			Styczeń	Luty
				Marzec
			Kwiecień	Maj
				Czerwiec
			Lipiec	Sierpień
				Wrzesień
			Październik	Listopad
				Grudzień

Pozycja		Kod zakresu	Nazwa zakresu	
Kod miejsca		Nazwa miejsca		
Adres miejsca				TERYT
Miesiąc Od		Miesiąc Do	Finansowane w ramach ryczału PSZ	W ramach pozycji nr
			(nr pozycji umowy - zakresu ryczałtowego, w ramach którego jest rozliczany ten zakres sprawozdawczy)	

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

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 ..... do umowy nr .....  
.....

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)

I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń									
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*

II. Personel								
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	Pesel (d)  Status D, M, U*				
Dostępność osoby personelu								
Dostępność godzinowa tygodniowo (e)	Obowiązuje od (n)	Obowiązuje do (o)						
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)								
III. Sprzęt								
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. 2018 r., poz. 160, z późn. zm.)

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**  
Załącznik nr ..... do umowy nr .....

<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY</b>			
<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			

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

**WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW**  
**Załącznik nr ..... do umowy nr .....**  
**w zakresie opieki kompleksowej.....**

<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 zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Przedmiot świadczeń współrealizatora	
Opis przedmiotu współrealizacji			

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

## Wniosek o zmianę rachunku bankowego

Załącznik nr 5 do umowy systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

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 .....