

HARMONOGRAM - ZASOBY
Załącznik nr 1 do umowy nr
rodzaj świadczeń: zaopatrzenie w wyroby medyczne

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu							
I. Miejsce udzielania świadczeń											
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)			VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status **
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń											
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status**		
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		St.specjal. (f)	NPWZ (g) Status **
Dostępność osoby personelu											
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)	
							P ****				
							D ****				
IV. Asortyment											
Id asortymentu (a)	Nazwa handlowa wyrobu medycznego (b)				Wykonywany na zamówienie (c)	Kod wg słownika NFZ (d)	Nazwa wg słownika NFZ (e)	Limit ceny z rozporządzenia (f)	Model (g)	Nazwa wytwórcy (h)	Cena brutto za sztukę w zł (i) Status**

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

* KR (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 2018r. poz. 160, z późn.zm.) - stosuje się odpowiednio do komórek org. wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia

** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - dodatkowy (wizyty domowe)

**** drukowany jeśli wypełniony

