

<b>PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr .... do umowy nr .....</b>		<b>Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:.....</b>
<b>rodzaj świadczeń: świadczenia kontraktowane odrębnie</b>		<b>wersja .....</b>
<b>OW NFZ</b>		
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									
				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

dyrektor OW \*\*\*

świadczeniodawca \*\*\*\*

\* 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)  
\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem  
\*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć / nadruk / naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr ..... do umowy nr .....  
rodzaj świadczeń: świadczenia kontraktowane odrębnie

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)	Tyg. lb. godzin (h)	Obowiązuje od (i)	Obowiązuje do (j)	Status **
IV. Sprzęt													
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)					Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)		Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status **

dyrektor OW \*\*\*

świadczeniodawca \*\*\*\*

\* 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. 2018 r., poz. 2190, z późn. zm.)

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

\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

\*\*\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć / nadruk / naklejka świadczeniodawcy -zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**

Załącznik nr ..... do umowy nr .....

rodzaj świadczeń:.....

<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

dyrektor OW \*

świadczeniodawca \*\*

\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć / nadruk / naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

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.

Świadczeniodawca \* .....

\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć / nadruk / naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem