

**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)	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)	
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. z 2018r. poz. 2190, z późn.zm.)  
\*\* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto  
\*\*\* Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy  
\*\*\*\* 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