

**WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W RODZAJU  
PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**

**I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO**

Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskującego - świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Certyfikaty			
Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	

**II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK**

<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	Nazwa miejsca udzielania świadczeń				
	Adres miejsca			Teryt	
	Kod komórki org. (część VII KR)	Specjalność komórki org. (Część VIII KR)			
				<b>Wybór</b>	<b>Populacja</b>
1. Świadczenia lekarza POZ					
2. Świadczenia pielęgniarki POZ					
3. Świadczenia położnej w POZ					
w tym: Świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy					<b>nd</b>
w tym: świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej					
4. Świadczenia pielęgniarki szkolnej					
5. Transport sanitarny w POZ					
Obszar działania					
Kod obszaru	Nazwa obszaru				Populacja
Dostępność					
Dostępność profilu medycznego/zakresu rzeczowego					
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu					
pon	wt	śr	czw	pt	sb
					niedz
Harmonogram dostępności wizyt domowych					
pon	wt	śr	czw	pt	sb
					niedz
Personel					
<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>	Nazwisko				
	Imiona				PESEL

zawód/specjalność				stopień specjalizacji			Nr Prawa Wyk. Zawodu	
Stanowisko/funkcja pracownika					Liczba godzin pracy tygodniowo			
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz		
Doświadczenie								
Nazwa								
Wykształcenie								
Nazwa								
Sprzęt								
<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>	Nazwa sprzętu					Ilość		
Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu				
Pojazdy*								
<Unikalny wyróżnik pojazdu z wykazu>	Nazwa pojazdu					Ilość		
Rodzaj dostępności pojazdu		Rok produkcji		Nr rejestracyjny				

\* wypełniany dla umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz