

HARMONOGRAM-ZASOBY

rodzaj świadczeń: Podstawowa opieka zdrowotna

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)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	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 **
V. Pojazdy***													
Id pojazdu (a)	Nazwa pojazdu (b)						Nr rejestracyjny (c)		Rok produkcji (d)	Dostępny od (e)	Dostępny do (f)	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

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

\*\*\*\* 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