

FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SOK

Załącznik nr 9b

NUMER WNIOSKU:, NUMER POSTĘPOWANIA

Miejscowość, data przygotowania oferty

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SOK

I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO	KOD GRAFICZNY
---------------------------------------	---------------

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	

FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SOK

Załącznik nr 9b (Załącznik nr 2 do wniosku o zawarcie umowy)

NUMER WNIOSKU:, NUMER POSTĘPOWANIA

Miejscowość, data przygotowania oferty

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK					KOD GRAFICZNY	
Dziecięca opieka koordynowana (DOK)						
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Kod terytorialny	
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			
PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA						
Jednostka rozliczeniowa						
Oferowana cena jednostki						
	styczeń	luty	marzec	I kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	kwiecień	maj	czerwiec	II kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	lipiec	sierpień	wrzesień	III kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
	październik	listopad	grudzień	IV kwartał		
liczba * cena				liczba		
wartość				wartość		
Razem	liczba					
	wartość					
Dostępność						
Dostępność profilu medycznego/zakresu						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						
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		
MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA*						
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Kod terytorialny	
	Unikalny kod komórki org. (cz. VII KR)		Specjalność komórki org. (Cz. VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			

* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia - zgodnie z umową: np. oddział rehabilitacji narządu ruchu lub ośrodek rehabilitacji dziennej

FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SOK

Załącznik nr 9b (Załącznik nr 3 do wniosku o zawarcie umowy)

NUMER WNIOSKU:, NUMER POSTĘPOWANIA

Miejscowość, data przygotowania oferty

III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW	KOD GRAFICZNY
---------------------------------	----------------------

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
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

podpis i pieczęć Wnioskującego

FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W SOK

Załącznik nr 9b (Załącznik nr 4 do wniosku o zawarcie umowy)

NUMER WNIOSKU:, NUMER POSTĘPOWANIA

Miejscowość, data przygotowania oferty

IV. WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW	KOD GRAFICZNY
------------------------------------	----------------------

UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓŁREALIZATORA			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Przedmiot świadczeń współrealizatora	
Opis przedmiotu współrealizacji			

data sporządzenia

podpis i pieczęć Wnioskującego