

WNIOSEK O OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH UMOWĄ PSZ

w zakresie:

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	

WNIOSEK O OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH UMOWĄ PSZ

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK							
Zakres:							
Kod przedmiotu postępowania		Nazwa przedmiotu postępowania					
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						
MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA*							
UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń						
	Adres miejsca					Teryt	
	Kod komórki org. (część VII KR)			Specjalność komórki org. (Część VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń			Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu			Nazwa profilu medycznego			
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
Sprzęt							
<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>	Nazwa sprzętu					Ilość	
	Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu		

* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia (również jeśli w strukturze organizacyjnej znajduje się kilka oddziałów oznaczonych tymi samymi kodami części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych) zgodnie z umową

WNIOSEK O OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH UMOWĄ PSZ

III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW			
Zakres:			
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			

WNIOSEK O OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ KOMPLEKSOWYCH UMOWĄ PSZ

IV. WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW			
Zakres:			
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			