

Załącznik nr 1 do umowy

<b>PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr .... do umowy nr .....</b> <b>rodzaj świadczeń:..... wersja .....</b>		<b>Nr dokumentu (aneksu)</b> <b>wprowadzającego:.....</b> <b>OW NFZ</b>
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ		
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		

Okres rozliczeniowy od..... do.....

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)

razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)

Okres rozliczeniowy od..... do..... \*\*

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)

razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje

Razem pozycje	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
	Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu	
Kod miejsca		Nazwa miejsca			
Adres miejsca				TERYT	
			Styczeń	Luty	Marzec
liczba * cena					
wartość					
liczba * cena			Kwiecień	Maj	Czerwiec
wartość					
liczba * cena			Lipiec	Sierpień	Wrzesień
wartość					
liczba * cena			Październik	Listopad	Grudzień
wartość					

data sporządzenia

Fundusz\*\*\*

Świadczeniodawca\*\*\*\*

\* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

\*\* - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

\*\*\* 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

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 2 do umowy ....

Załącznik nr 2 do umowy  
rodzaj świadczeń:

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)	Tyg. lb. godzin (h)	Obowiązuje od (i)	Obowiązuje do (j)	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 (marka, model) (b)					Nr rejestracyjny (c)		Rok produkcji (d)	Dostępny od (e)	Dostępny do (f)	Status **		

Fundusz\*\*\*

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  
\*\*\* 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

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**

Załącznik nr ..... do umowy nr .....

rodzaj świadczeń:.....

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

Fundusz\*

Świadczeniodawca\*\*

\* 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

Miejscowość ..... Data .....

Kod Oddziału Wojewódzkiego

Dane Świadczeniodawcy

(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

**Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego**

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca \*

.....

\* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem