

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|
| PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr 1 do umowy nr w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego wersja | | | | | | Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ | | | |
| 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) |
|--|------------|-----------------------|------------------|----------------------------------|-------------------------|----------------------------------|--------------------------|--------------|
| | | | | | ryczałt | | | 0,00 |
| | | | | | pkt | | | |
| | | | | | pkt | | | |
| | | | | | pkt | | | |
| 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 | | | |
| | | 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 | | | |
| | | 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 | | | |
| | | 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 | | | |
| | | Styczeń | Luty |
| | | | Marzec |
| | | | |
| | | Kwiecień | Maj |
| | | | Czerwiec |
| | | | |
| | | Lipiec | Sierpień |
| | | | Wrzesień |
| | | | |
| | | Październik | Listopad |
| | | | Grudzień |
| | | | |

data sporządzenia

Dyrektor OW***

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)

HARMONOGRAM - ZASOBY

**Załącznik nr 2 do umowy nr
w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego**

| I. Osoby personelu | | | | | | | | | | |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------------|-----------------|-------------------|------------------------|------------------------|-------------------|-----------|
| Id osoby (a) | Nazwisko (b) | Imiona (c) | PESEL (d) | Zawód/specjalność (e) | St.specjal. (f) | NPWZ (g) | Tyg.liczba godzin (h) | Obowiązuje od (i) | Obowiązuje do (j) | Status ** |
| | | | | | | | | | | |
| II. Zakres świadczeń | | | | | | | | | | |
| Pozycja | | Kod zakresu | | Nazwa zakresu | | | | | | |
| III. 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 ** |
| | | | | | | | | | | |
| IV. 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 ** | |
| | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| V. 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 ** |
| | | | | | | | | | | |

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. 2018 r., 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

w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| 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

Dyrektor OW*

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

| | |
|--|---|
| Załącznik nr 5 do umowy nr.....w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego - populacja objęta pilotażem | Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ |
| Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ | |
| Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych | |
| Obszar działania centrów wraz z kodem jednostki podziału terytorialnego (TERYT) | |
| Liczba mieszkańców pow 18 r.z. zamieszkujących obszar działania centrum wg stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, w którym jest określana wysokość ryczałtu na populację na rok następny. | |

data sporządzenia

Dyrektor OW*

Świadczeniodawca**

*kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

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