

Załącznik nr 1 do umowy

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr do umowy nr rodzaj świadczeń:..... 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)

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	TERYT	
Kod miejsca	Nazwa miejsca			
Adres miejsca				
liczba * cena		Styczeń	Luty	Marzec
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 2021. poz. 711, 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:.....

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

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