

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy Program pilotażowy KOS-BAR		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					
Kod miejsca		Nazwa miejsca							
Adres miejsca							TERYT		
				Styczeń		Luty	Marzec		
		liczba * cena							
		wartość							
				Kwiecień		Maj	Czerwiec		
		liczba * cena							
		wartość							
		liczba * cena		Lipiec		Sierpień	Wrzesień		
		wartość							
				Październik		Listopad	Grudzień		
		liczba * cena							
		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 nr .....

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*		
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.specj al. (f)	NPWZ (g)	Tyg. lb. godzin (h)	Obowiązuje od (i)	Obo
IV. Sprzęt												
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)					Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)		Dostępny od (g)	Dos

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 r. 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

* (g)	Status **

wiązuje do (j)	Status **
stępny do (h)	Status **

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW****Załącznik nr 3 do umowy****Program pilotażowy KOS-BAR**

<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



Miejscowość ..... Data .....

Kod Oddziału Wojewódzkiego  
Dane Świadczeniodawcy  
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

	<b>Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego</b>
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