

<b>PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr .....</b> <b>rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - KAOS</b>		<b>wersja .....</b>	<b>Nr dokumentu (aneksu)</b> <b>wprowadzającego:.....</b> <b>OW NFZ</b>
Nr identyfikacyjny Świadczeniodawcy nadany przez NFZ			
Nazwa świadczeniodawcy			

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)
			Styczeń		Luty		Marzec	
			Maj		Czerwiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje								
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu				
Kod miejsca		Nazwa miejsca						
Adres miejsca								
				Styczeń	Luty	Marzec		
liczba * cena								
wartość								
				Kwiecień	Maj	Czerwiec		
liczba * cena								
wartość								
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień		
liczba * cena								
wartość								
				Październik	Listopad	Grudzień		
liczba * cena								
wartość								

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

\* 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 .....****rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - KAOS**

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń (b)	Zakres świadczeń (c)	Kod miejsca udzielania świadczeń (d)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń (e)	Adres miejsca udzielania świadczeń (f)	Część VII kodu resortowego (g)	Część VIII kodu resortowego (h)	Profil IX - X cz. kodu res.(i)

I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń									
Harmonogram									
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status D, M, U*

II. Personel										
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)				Imiona (c)			Pesel (d)	Status D, M, U*	
Dostępność osoby personelu										
Dostępność godzinowa tygodniowo (e)	Rodzaj harmonogramu ** (f)	pn (g)	wt (h)	śr (i)	czw (j)	pt (k)	sob (l)	nd (m)	Obowiązuje od (n)	Obowiązuje do (o)
	P									
Uprawnienia zawodowe										
Grupa zawodowa (p)						Nr Prawa Wyk. Zawodu (q)				
Zawód-specjalność										
Nazwa (r)							Stopień specjalizacji (s)	Data uzyskania (t)	Data otwarcia (u)	
Kompetencje										
Nazwa (w)									Data uzyskania (y)	
Doświadczenie zawodowe (z)										
III. Sprzęt										
Unikalny wyróżnik sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)			Ilość (c)	Nr seryjny sprzętu (d)	Rodzaj dostępności sprzętu (e)	Rok produkcji (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status D, M, U*

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

\* D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

\*\* Rodzaj harmonogramu:

P - harmonogram podstawowy

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**  
**Załącznik nr 3 do umowy nr .....**  
**rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - KAOS**

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
<i>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</i>			
Nazwa			
Adres siedziby		Kod terytorialny	
REGON		NIP	
Forma organizacyjna		Forma gospodarki finansowej (część IV KR)	
Osoba/y uprawniona do reprezentowania			
<i>Dane rejestrowe podwykonawcy</i>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru (dla RZoz część I KR)	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<i>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</i>			
Umowa/promesa		Przedmiot podwykonawstwa	
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Opis przedmiotu podwykonawstwa	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa			

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy