

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna		wersja	Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ
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)	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									
				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**

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

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
<i>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</i>			
Nazwa			Kod terytorialny
Adres siedziby			
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 RZSZ 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