

HARMONOGRAM - ZASOBY**Załącznik nr do umowy nr****rodzaj świadczeń:.....**

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 ***									
	D ***									
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*

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*

IV. Pojazdy						
Unikalny wyróżnik pojazdu (a)	Nazwa pojazdu (b)		Nr rejestracyjny (c)		Rok produkcji (d)	Status D, M, U*

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

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

** Rodzaj harmonogramu:

P - harmonogram podstawowy

D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)

*** drukowany jeśli wypełniony