

HARMONOGRAM - ZASOBY**Załącznik nr do umowy nr****rodzaj świadczeń: Lecznictwo uzdrowiskowe**

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)										

VI. Dostępne zabiegi		
Unikalny wyróżnik zabiegu (a)	Nazwa zabiegu (b)	Status D, M, U*

VII. Harmonogram turnusów					
Unikalny wyróżnik turnusu (a)	Numer turnusu (b)	Data rozpoczęcia (c)	Data zakończenia (d)	Ilość skierowań (e)	Status D, M, U*

VIII. Profil uzdrowiskowy			
Unikalny wyróżnik profilu (a)	Kod profilu (b)	Nazwa profilu (c)	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

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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.)