

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 2 do umowy nr .....  
rodzaj świadczeń: opieka paliatywna i hospicyjna

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*	

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 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 2015 r. poz. 681, z późn. zm.)