Załącznik do zarządzenia Nr 130/2018/DSOZ
Prezesa NFZ, z dnia 12.12.2018 r.
Załącznik nr 3

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY O REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO

I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO

Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskującego - świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (cześć IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Certyfikaty			
Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	

II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK

Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych

III. SZCZEGÓŁY WNIOSKU

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA

UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Kod terytorialny	
	Unikalny kod komórki org. *(cz. VII KR)*		Specjalność komórki org. *(Cz. VIII KR)*			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			

PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA

Jednostka rozliczeniowa					
Oferowana cena jednostki					
	styczeń	luty	marzec	I kwartał	
*liczba * cena*				*liczba*	
wartość				*wartość*	
	kwiecień	maj	czerwiec	II kwartał	
*liczba * cena*				*liczba*	
wartość				*wartość*	
	lipiec	sierpień	wrzesień	III kwartał	
*liczba * cena*				*liczba*	
wartość				*wartość*	
	październik	listopad	grudzień	IV kwartał	
*liczba * cena*				*liczba*	
wartość				*wartość*	
Razem	liczba				
	wartość				

Dostępność

Dostępność profilu medycznego/zakresu						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA*

UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Kod terytorialny	
	Unikalny kod komórki org. *(cz. VII KR)*		Specjalność komórki org. *(Cz. VIII KR)*			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			

** wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia*