

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr do umowy nr
systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:.....
OW NFZ

Nr identyfikacyjny świadczeniodawcy
nadany przez NFZ

Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Nr identyfikacyjny zakładu leczniczego
nadany przez NFZ

Nazwa zakładu leczniczego zakwalifikowanego do poziomu zabezpieczenia świadczeń

Okres rozliczeniowy od..... do.....

Pozycja

Podstawa *

Kod zakresu świadczeń

Zakres świadczeń

Id zakładu leczniczego

Ryczałt PSZ

Jednostka rozliczeniowa

Liczba jednostek rozliczeniowych

Cena jedn. rozlicz. (zł)

Wartość (zł)

Od

Do

Nazwa profilu

Od

Do

Pozycja

Podstawa *

Kod zakresu świadczeń

Zakres świadczeń

Kod miejsca udzielania świadczeń

Zakresy finansowane odrębnie

Jednostka rozliczeniowa

Liczba jednostek rozliczeniowych

Cena jedn. rozlicz. (zł)

Wartość (zł)

Od

Do

Kod limitu

Razem zakresy finansowane oddzielnie (w okresie rozliczeniowym) - wartość w zł

Kod limitu

Wartość limitu(zł)

Razem limity
(kwota umowy)

Razem wszystkie zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym) - wartość w zł

Razem wszystkie zakresy (kwota umowy całym okresie) - wartość w zł

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - ryczałt PSZ

Pozycja

Kod zakresu

Nazwa zakresu

Styczeń

Luty

Marzec

liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy

wartość / RS - Ryczałt sieciowy

Kwiecień

Maj

Czerwiec

liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy

wartość / RS - Ryczałt sieciowy

Lipiec

Sierpień

Wrzesień

liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy

wartość / RS - Ryczałt sieciowy

Październik

Listopad

Grudzień

liczba * cena / RS - Ryczałt sieciowy

wartość / RS - Ryczałt sieciowy

Pozycja

Kod zakresu

Nazwa zakresu

Kod miejsca

Nazwa miejsca

Adres miejsca

TERT

(nr pozycji umowy - zakresu ryczałtowego, w ramach którego jest rozliczany ten zakres sprawozdawczy)

Miesiąc Od

Miesiąc Do

Finansowane w ramach ryczałtu PSZ

W ramach pozycji nr

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje

Pozycja

Kod zakresu

Nazwa zakresu

Kod miejsca

Nazwa miejsca

Adres miejsca

TERT

Styczeń

Luty

Marzec

liczba * cena / Świadczenia finansowane odrębnie

wartość / Świadczenia finansowane odrębnie

Kwiecień

Maj

Czerwiec

liczba * cena / Świadczenia finansowane odrębnie

wartość / Świadczenia finansowane odrębnie

Lipiec

Sierpień

Wrzesień

liczba * cena / Świadczenia finansowane odrębnie

wartość / Świadczenia finansowane odrębnie

Październik

Listopad

Grudzień

liczba * cena / Świadczenia finansowane odrębnie

wartość / Świadczenia finansowane odrębnie

dyrektor OW***

świadczeniodawca****

* 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)
***kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem
****kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

HARMONOGRAM - ZASOBY**Załącznik nr do umowy nr**

Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu	
I. Miejsce udzielania świadczeń					
Kod miejsca (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)	Adres miejsca (d)		VII cz.KR* (e)
					VIII cz.KR* (f)
					Profil IX-X cz.KR* (g)
					Status **
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń					
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)
					nd (g)
					Obowiązuje od (h)
					Obowiązuje do (i)
					Status **
III. Personel					
Id osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)	St.specjal. (f)
					NPWZ (g)
					Tyg. lb. godzin (h)
					Obowiązuje od (i)
					Obowiązuje do (j)
					Status **
IV. Sprzęt					
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)			Ilość (c)	Nr seryjny (d)
					Rok produkcji (e)
				Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)
					Dostępny do (h)
					Status **

dyrektor OW***

świadczeniodawca****

* KR (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. z 2018 r., poz. 2190)

** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

****kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
Załącznik nr do umowy nr

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			

data sporządzenia

dyrektor OW*

świadczeniodawca**

*kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW
Załącznik nr do umowy nr
w zakresie opieki kompleksowej.....

UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓŁREALIZATORA			
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji		Przedmiot świadczeń współrealizatora	
Opis przedmiotu współrealizacji			

data sporządzenia

dyrektor OW*

świadczeniodawca**

*kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Wniosek o zmianę rachunku bankowego

Załącznik nr 5 do umowy systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Miejscowość Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego
Dane Świadczeniodawcy
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego :	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

świadczeniodawca*

*kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem