

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr do umowy nr rodzaj świadczeń:..... wersja		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		

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

Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń z określeniem obszaru zabezpieczenia	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)			
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
Okres rozliczeniowy od..... do..... **										
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń z określeniem obszaru zabezpieczenia	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)			
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)										
w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu		Luty		Marzec	
<i>liczba * cena</i>				Styczeń					
<i>wartość</i>									
<i>liczba * cena</i>				Kwiecień		Maj		Czerwiec	
<i>wartość</i>									
<i>liczba * cena</i>				Lipiec		Sierpień		Wrzesień	
<i>wartość</i>									
<i>liczba * cena</i>				Październik		Listopad		Grudzień	
<i>wartość</i>									

data sporządzenia

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****rodzaj świadczeń:.....**

Pozycja		Kod zakresu	Nazwa zakresu z określeniem obszaru zabezpieczenia							
I. Miejsce udzielania świadczeń										
Kod miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (a)	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (c)	Adres miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (d)		VII cz.KR* (e)	VIII cz.KR* (f)	Profil IX-X cz.KR* (g)			
II. Personel										
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		St.specjal. (f)	NPWZ (g)			
Dostępność osoby personelu										
pn (h)	wt (i)	śr (j)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)
							P****			
							D****			
III. Sprzęt										
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)				Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)
IV. Pojazdy****										
Id pojazdu (a)	Nazwa pojazdu (b)					Nr rejestracyjny (c)		Rok produkcji (d)	Dostępny od (e)	Dostępny do (f)

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 2018r. poz. 2190, z późn.zm.)

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

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)

**** drukowany jeśli wypełniony

***** 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

Status**
Status**

Status**
Status**

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń:.....

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 ŚWIADCZEŃ OBOWIĄZUJĄCY DLA SPRAWOZDAŃ Z REALIZACJI UMÓW
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
SPRAWOZDAWANYCH KOMUNIKATAMI XML**

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ*	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Sprawozdawczość elektroniczna – obowiązujący typ komunikatu XML
1.	5.01.00.0000108	porada lekarska ambulatoryjna	SWIAD
2.	5.01.00.0000109	porada lekarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	SWIAD
3.	101404	liczba porad lekarskich udzielonych telefonicznie	ZBPOZ
4.	5.01.00.0000140	wizyta pielęgniarska ambulatoryjna	SWIAD
5.	5.01.00.0000141	wizyta pielęgniarska udzielona w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy	SWIAD

.....
(miejscowość, data)

Świadczeniodawca**

.....

* kod wskazany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

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

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*

.....

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