Załącznik do zarządzenia Nr 91 / 2006

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

INFORMACJA

O WARUNKACH ZAWARCIA UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

w rodzaju: zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne

Rozdział 1

Przedmiot postępowania i umowy

§ 1

1. Przedmiotem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne, jest zawarcie umowy o udzielanie świadczeń, zwanej dalej „umową", przez podmiot uprawniony na podstawie przepisów odrębnych, o wykonywanie czynności związanych z zaopatrzeniem świadczeniobiorców w przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze.
2. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne zwane są dalej „świadczeniami".
3. Świadczenia, o których mowa w ust. 2, obejmują następujące zakresy:
   1) zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne,
   2) zaopatrzenie w środki pomocnicze,
   3) protetyki słuchu,
   4) optyki okularowej.
4. Wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych będących przedmiotem umowy sporządza się wg wzoru, który stanowi **załącznik nr 1** do Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne, zwanej dalej „Informacją".
5. Wzór umowy stanowi **załącznik nr 2** do Informacji.
6. Umowa może zawierać inne postanowienia niż określone we wzorze umowy pod warunkiem, że nie pozostają one w sprzeczności z postanowieniami określonymi we wzorze umowy.
7. Wykaz, o którym mowa w ust. 4, stanowi **załącznik nr 1** do umowy.

§ 2

1. Szczegółowy przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy oraz przedmiot umowy określa się z uwzględnieniem nazwy i kodu określonego we Wspólnym Słowniku Zamówień określonym w rozporządzeniu nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień Publicznych (Dz. U. WE L 340 z 16.12.2002) oraz art. 141 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz.2135, z późn. zm.):
   – 85120000-6 Usługi medyczne i podobne.

2. Pojęcia zdefiniowane w ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zachowują nadane im znaczenie.

Rozdział 2

Zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców

§ 3

1. Postępowanie w sprawie zawarcia umowy odbywa się zgodnie z ustawą.
2. Warunkiem zawarcia umowy jest:
   - spełnianie przez oferenta wymogów określonych w odrębnych przepisach i **załączniku nr 3** do Informacji w każdym miejscu obsługi świadczeniobiorców;
   - złożenie wniosku, wraz z wymaganymi w Informacji dokumentami i oświadczeniami.

§ 4

Oferent składa wniosek, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do Informacji do oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce udzielania świadczeń, w sposób określony przez ten oddział wojewódzki Funduszu.

§ 5

1. Oferent składa wniosek w formie pisemnej i elektronicznej.
2. Wniosek w formie elektronicznej sporządzany jest w formacie wymaganym przez system informatyczny oddziału wojewódzkiego Funduszu. Oddział wojewódzki Funduszu udostępnia oferentom oprogramowanie aplikacyjne do sporządzenia wniosku.
3. Wniosek składa się z:
   1) Wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych będących przedmiotem umowy", sporządzonego wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Informacji;
   2) „Oświadczenia świadczeniodawcy" sporządzonego wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do umowy;
   3) „Danych indentyfikacyjnych świadczeniodawcy" sporządzonych wg wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do umowy;
   4) informacji o miejscach wykonywania świadczeń będących przedmiotem wniosku.

§ 6

1. Wniosek w formie pisemnej powinien być uzupełniony o następujące dokumenty i oświadczenia:
   1) w przypadku zakładów opieki zdrowotnej:
      a) aktualny wypis z rejestru wojewody lub Ministra Zdrowia,
      b) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz

publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w przypadku spzoz);

2) w przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą:
   a) aktualne zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej lub
   b) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców;
3) kopię obowiązującego statutu;
4) kopię polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania na okres obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem ust. 4-6; oferent może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym także oświadczenie stwierdzające, że umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zostanie zawarta na okres obowiązywania umowy z zastrzeżeniem ust. 4-6.
5) wykaz podwykonawców, którego wzór stanowi załącznik nr 5 do umowy oraz kopie zawartych z nimi umów (bez postanowień określających finansowanie) albo wzory umów z podwykonawcami, łącznie ze zobowiązaniem do ich zawarcia, zawierające zastrzeżenia o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy zawartej z oferentem, o ile oferent przewiduje udział podwykonawców w realizacji umowy;
6) w przypadku, gdy oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika, pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta, w szczególności do złożenia wniosku, udzielone przez osobę lub osoby, których prawo do reprezentowania oferenta wynika z dokumentów przedstawionych wraz z wnioskiem;
7) inne dokumenty lub oświadczenia, jeżeli obowiązek ich dołączenia do wniosku określony został w Informacji.

2. Oddział wojewódzki Funduszu może żądać przedstawienia oryginału dokumentu w przypadku, gdy kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej zgodności z oryginałem, a oddział wojewódzki Funduszu nie może sprawdzić jej prawdziwości w inny sposób.
3. W przypadku złożenia przez oferenta oryginalnych dokumentów oddział wojewódzki Funduszu zwraca je, na wniosek świadczeniodawcy, pod warunkiem dostarczenia przez niego kserokopii tych dokumentów poświadczonych za zagodność z oryginałem przez osoby upoważnione do składania oświadczeń w imieniu oferenta.
4. Minimalna suma gwarancyjna ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia, wynosi

równowartość w złotych 12.000 euro w odniesieniu do osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny, które dysponują lokalem oraz aparaturą i sprzętem medycznym, odpowiadającym wymaganiom przewidzianym dla zakładów opieki zdrowotnej, oraz spełniają warunki określone w przepisach o działalności gospodarczej,

5. Kwota, o której mowa w ust. 4, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
6. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt. 4, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń.

§ 7

Przygotowując wniosek oferent zobowiązany jest, w szczególności, do:

1) pobrania zapytań ofertowych i towarzyszących mu wzorów ankiet ze stron internetowych lub na nośniku elektronicznym w siedzibie właściwego oddziału Funduszu a następnie wczytania zapytań i dołączonych do nich wzorów ankiet do dostarczonej przez oddział wojewódzki Funduszu aplikacji;
2) przygotowania wniosku na podstawie zapytania ofertowego oraz wypełnienia stosownych ankiet, o których mowa w pkt 1;
3) zapisania formularza wniosku na odrębnym nośniku elektronicznym oraz przygotowania formy pisemnej w postaci wydruku;
4) umieszczenia na nośniku, o którym mowa w pkt 3, następujących informacji:
   a) wyrazu: „wniosek”,
   b) nazwy i adresu oferenta,
   c) wskazanie zakresu świadczeń;
5) opatrzenia wydruku, o którym mowa w pkt 3, podpisami osób uprawnionych do reprezentowania oferenta;
6) umieszczenia wydruku wniosku, o którym mowa w pkt 3, oraz nośnika, o którym mowa w pkt 3 i 4, w odrębnej, zaklejonej kopercie; kopertę należy opisać w ten sam sposób, co nośnik elektroniczny;
7) umieszczenia koperty, o której mowa w pkt 6 (zawierającej wydruk wniosku oraz nośnik) wewnątrz koperty lub paczki zawierającej pozostałe dokumenty określone w § 5 i 6;
8) umieszczenia na kopercie lub paczce, o której mowa w pkt 7, wydruku komputerowego zawierający oznaczenie wniosku, którego wzór stanowi **załącznik nr 5** do Informacji,
9) niemodyfikowania wzorów dokumentów oraz plików komputerowych;
10) dostarczenia do oddziału wojewódzkiego Funduszu w formie pisemnej dokumentów,

o których mowa w pkt. 6 (wydruk z aplikacji) oraz elektronicznej.

§ 8

1. Wniosek należy sporządzić, pod rygorem nieważności, w języku polskim, w sposób czytelny.
2. Wszystkie dokumenty składane w językach obcych należy dostarczyć przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
3. Wniosek powinien zawierać wszelkie wymagane przez Fundusz dokumenty i oświadczenia.
4. Każda strona wniosku powinna być podpisana przez osobę uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu oferenta oraz opatrzona numerem kolejnym.

§ 9

1. Oferent może złożyć, w danym oddziale wojewódzkim Funduszu tylko jeden wniosek dotyczący danego zakresu świadczeń.
2. Oferent, którego jednostki organizacyjne są zlokalizowane na obszarze działania więcej niż jednego oddziału wojewódzkiego Funduszu, może złożyć więcej niż jeden wniosek na dany zakres świadczeń. Oferty składa się w takim przypadku w oddziale wojewódzkim Funduszu właściwym ze względu na miejsce udzielania świadczeń.
3. Oferent może złożyć kilka wniosków dotyczących różnych zakresów świadczeń określonych w Informacji.

§ 10

Składający wniosek osobiście otrzymuje potwierdzenie złożenia wniosku, którego wzór stanowi **załącznik nr 6** do Informacji, zawierające datę złożenia oraz numer z rejestru wniosków.

§ 11

1. W przypadku wezwania oferenta do usunięcia braków wniosku wykonuje on wskazane czynności w terminie określonym w wezwaniu.
2. Jeżeli oferent wykonuje wezwanie oddziału wojewódzkiego Funduszu poprzez przesłanie dokumentów lub oświadczeń drogą pocztową uważa się, że termin został zachowany, jeżeli data stempla pocztowego (datą nadania) nie jest późniejsza niż termin określony w wezwaniu do usunięcia braków.
3. Kopertę lub paczkę zawierającą dokumenty lub oświadczenia stanowiące realizację wezwania oddziału wojewódzkiego Funduszu do usunięcia braków wniosku oznacza się jak wniosek oraz dodatkowo umieszcza się dopisek „Usunięcie braków wniosku”.

§ 12

Po rozpatrzeniu wniosku i dokonaniu oceny spełniania przez oferenta warunków zawarcia umowy oddział wojewódzki Funduszu:

1) w przypadku pozytywnej oceny - przesyła oferentowi do podpisania umowę, wskazując termin jej podpisania;
2) w przypadku negatywnej oceny – przesyła oferentowi w formie pisemnej swoje rozstrzygnięcie z podaniem przyczyn odmowy zawarcia umowy.

§ 13

1. Oferenci ubiegający się o zawarcie umowy powinni spełniać wymagania dotyczące dostępności do świadczeń, określone w § 14.
2. Oddział wojewódzki Funduszu może zażądać od świadczeniodawcy przedstawienia dodatkowych dokumentów związanych z prowadzoną przez świadczeniodawcę działalnością.

Rozdział 3
Zasady udzielania świadczeń

§ 14

1. Świadczeniodawca zobowiązany jest do zapewnienia pełnego asortymentu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, określonych w wykazie sporządzonym zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 1 do Informacji, we wszystkich miejscach obsługi świadczeniobiorców, z wyłączeniem przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wykonywanych indywidualnie. Wykaz dostarczany jest przez świadczeniodawcę w formie pisemnej i elektronicznej do właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
2. Przedmioty ortopedyczne lub środki pomocnicze, określone w wykazie, o którym mowa w ust. 1, muszą spełniać wymogi określone w przepisach odrębnych.
3. Zmiany w wykazie, o którym mowa w ust. 1, wymagają zgłoszenia oraz złożenia przez świadczeniodawcę, w formie pisemnej i elektronicznej, w oddziale wojewódzkim Funduszu zaktualizowanego załącznika najpóźniej na 14 dni przed dokonaniem zmiany.
4. Przy czasowych obniżkach cen świadczeniodawca nie jest zobowiązany do zmiany wykazu, o którym mowa w ust. 1.
5. W ramach gwarancji świadczeniodawca zobowiązany jest do bezpłatnej naprawy lub wymiany wadliwych przedmiotów ortopedycznych lub środków pomocniczych na wolne od wad, w terminie 14 dni od daty zgłoszenia reklamacji.

6. Świadczeniodawca ma obowiązek przedstawić w załączniku nr 1 do Informacji, przynajmniej jeden produkt z danego kodu, którego cena nie przekracza limitu ceny określonego w odrębnych przepisach.

Rozdział 4
Zasady uzyskiwania i potwierdzania zleceń na zaopatrzenie

§ 15

Przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane są świadczeniobiorcom na własność. Ponowne przyznanie zaopatrzenia może nastąpić po upływie okresu jego użytkowania określonego w przepisach odrębnych.

§ 16

1. Podstawą do uzyskania refundowanego przedmiotu ortopedycznego, środka pomocniczego jest zlecenie wystawione przez lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego upoważnionego do wystawienia takiego zlecenia zgodnie z przepisami odrębnymi, dotyczącymi wystawiania zleceń na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
2. Wszelkie zmiany w zleceniach wymagają formy pisemnej i muszą być potwierdzone pieczątką i podpisem lekarza lub felczera zlecającego.
3. Wzór druku zlecenia na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze określają odrębne przepisy.
4. W przypadku zlecenia błędnie wypełnionego, zlecenie zwracane jest świadczeniobiorcy z podaniem przyczyny odmowy potwierdzenia zlecenia.
5. Zlecenie na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, z zastrzeżeniem ust. 8, traci ważność po upływie 90 dni od daty wystawienia. Bieg terminu określonego powyżej ulega zawieszeniu na czas oczekiwania w kolejce na potwierdzenie zlecenia.
6. Ważność zlecenia liczona jest od dnia jego wystawienia do dnia przyjęcia do realizacji.
7. Zlecenie na comiesięczne zaopatrzenie w środki pomocnicze, określone w przepisach odrębnych, traci ważność po upływie 30 dni od daty wystawienia.
8. Świadczeniobiorca może być zaopatrzony jednorazowo w środki pomocnicze, o których mowa w ust. 7, na okres nie dłuższy niż trzy kolejne miesiące.
9. Na zleceniu na środki pomocnicze niewymagającym każdorazowego potwierdzenia przez Fundusz, świadczeniodawca ma obowiązek naniesienia kodu i limitu ceny odpowiedniego dla zalecanego przez lekarza lub felczera środka pomocniczego, zgodnie z odrębnymi przepisami, a także pozostałych informacji określonych na druku.
10. Na wniosek świadczeniobiorcy, termin ważności zlecenia, z wyjątkiem zleceń na zaopatrzenie comiesięczne, może zostać przedłużony przez uprawnionego lekarza

pod warunkiem medycznego uzasadnienia.

11. Zlecenie na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, z zastrzeżeniem ust. 7, wymaga przed przyjęciem do realizacji potwierdzenia przez właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy oddział wojewódzki Funduszu.

§ 17

1. Karta zaopatrzenia comiesięcznego, zwana dalej „kartą zaopatrzenia" wydawana jest świadczeniobiorcy na podstawie pierwszego zlecenia na dany rodzaj środka pomocniczego na okres 12 miesięcy przez oddział wojewódzki Funduszu, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy. Oddział wojewódzki Funduszu wystawia następną kartę zaopatrzenia na kolejny okres na podstawie danych o dotychczasowej realizacji.
2. Wzór karty zaopatrzenia comiesięcznego określa **załącznik nr 7** do Informacji.
3. W przypadku zleceń na comiesięczne zaopatrzenie określone w przepisach odrębnych, lekarz lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego, upoważniony do wystawienia takiego zlecenia, zobowiązany jest do odnotowania faktu wystawienia zlecenia w karcie zaopatrzenia.
4. Każde zlecenie na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, przed realizacją podlega zaewidencjonowaniu oraz potwierdzeniu do realizacji przez oddział wojewódzki Funduszu właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy.
5. W przypadku zaopatrzenia comiesięcznego każdorazowe ewidencjonowanie zlecenia przed jego realizacją nie jest wymagane. Jeżeli świadczeniobiorca wymaga zaopatrzenia również w inny środek pomocniczy przysługujący comiesięcznie, musi potwierdzić pierwsze zlecenie na ten środek.
6. Karta zaopatrzenia podlega zaewidencjonowaniu i wraz ze zleceniami, otrzymywanymi przez świadczeniobiorcę, jest podstawą do realizacji zaopatrzenia przez okres kolejnych 12 miesięcy. Oddział wojewódzki Funduszu może wydać wkładkę uzupełniającą do karty zaopatrzenia w ramach terminu ważności karty.
7. Zgłoszenia zlecenia do ewidencji i potwierdzenia do realizacji dokonuje świadczeniobiorca lub inna osoba w jego imieniu, z wyłączeniem świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne - osobiście lub drogą pocztową.
8. W przypadku potwierdzonego zameldowania czasowego świadczeniobiorcy poza miejscem zamieszkania, potwierdzenia zlecenia można dokonać w oddziale wojewódzkim Funduszu na terenie, którego świadczeniobiorca przebywa.

9. W sytuacjach nagłych wymagających natychmiastowego zaopatrzenia świadczeniobiorcy w przedmioty ortopedyczne (gorset lub orteza) oddział wojewódzki Funduszu na terenie, którego aktualnie przebywa świadczeniobiorca, pośredniczy w potwierdzeniu zlecenia.

§ 18

1. Świadczeniodawca, przed zrealizowaniem zlecenia na comiesięczne zaopatrzenie ma obowiązek sprawdzenia w karcie zaopatrzenia uprawnień świadczeniobiorcy do uzyskania kolejnego zaopatrzenia.
2. Świadczeniodawca ma obowiązek naniesienia w karcie zaopatrzenia faktu realizacji zlecenia na comiesięczne zaopatrzenie.
3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do wypełnienia druku zlecenia w części dotyczącej realizacji przedmiotu zlecenia.
4. Do realizacji nie mogą zostać przyjęte zlecenia zawierające uchybienia formalne oraz zlecenia, których okres ważności upłynął.
5. Zlecenia przyjęte do realizacji po upływie ich terminu ważności nie będą refundowane przez oddział wojewódzki Funduszu.
6. W przypadku realizacji zlecenia comiesięcznego drogą wysyłkową w miejscu potwierdzenia odbioru należy wpisać numer dowodu nadania przesyłki. Świadczeniodawca zobowiązany jest do posiadania dokumentacji potwierdzającej realizację zlecenia.

§ 19

1. W przypadku braku środków finansowych na pełne pokrycie potrzeb w zakresie zaopatrzenia świadczeniobiorców w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, oddział wojewódzki Funduszu tworzy w kolejności chronologicznej listy świadczeniobiorców, oczekujących na potwierdzenie i realizację zleceń.
2. Zlecenie oczekujące na potwierdzenie i realizację w momencie wpisania na listę otrzymuje numer ewidencyjny. Termin potwierdzenia zlecenia określany jest na podstawie harmonogramu uwzględniającego posiadane przez oddział wojewódzki Funduszu środki finansowe.
3. Świadczeniobiorca ma prawo do informacji w zakresie dotyczącym własnej osoby i uzyskania informacji na temat przewidywanego terminu potwierdzenia zlecenia do realizacji. Potwierdzone zlecenie oddział wojewódzki Funduszu przekazuje świadczeniobiorcy.
4. Potwierdzone i zaewidencjonowane zlecenie lub zlecenie wraz z kartą zaopatrzenia podlega realizacji u wybranego przez świadczeniobiorcę świadczeniodawcy, który ma podpisaną umowę z dowolnym oddziałem wojewódzkim Funduszu.

5. W przypadku przedterminowego zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy oddział wojewódzki Funduszu, może dokonać dodatkowej weryfikacji zlecenia na przedmiot ortopedyczny przed jego realizacją.

Rozdział 5
Zasady uzyskiwania i potwierdzania wniosków na naprawę
§ 20

1. Podstawą do naprawy przedmiotu ortopedycznego podlegającej refundacji jest wniosek świadczeniobiorcy o wykonanie naprawy potwierdzony do realizacji przez właściwy, ze względu na miejsce zamieszkania, oddział wojewódzki Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Wzór wniosku o naprawę przedmiotu ortopedycznego określa **załącznik nr 8** do Informacji.
3. Wniosek na naprawę traci ważność po upływie 30 dni od daty potwierdzenia przez oddział wojewódzki Funduszu.
4. Refundowane naprawy przedmiotów ortopedycznych są możliwe po upływie okresu gwarancji, tylko w okresie użytkowania przedmiotów ortopedycznych określonym w przepisach odrębnych, maksymalnie do kwoty ustalonego limitu ceny, niezależnie od liczby napraw.
5. W przypadku przedterminowej naprawy przedmiotu ortopedycznego, właściwy ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy oddział wojewódzki Funduszu, może dokonać dodatkowej weryfikacji zlecenia na naprawę przedmiotu ortopedycznego przed jego realizacją.

Rozdział 6
Zasady ewidencjonowania zleceń i kart zaopatrzenia
§ 21

1. Oddziały wojewódzkie Funduszu prowadzą ewidencję zleceń i kart zaopatrzenia, umożliwiającą:
   a) realizację refundowanego zaopatrzenia zgodnie z limitami czasowymi i kwotowymi, określonymi w przepisach odrębnych;
   b) gromadzenie przez Fundusz niezbędnych danych;
   c) tworzenie planu finansowego wydatków na zaopatrzenie świadczeniobiorców w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
   d) tworzenie, w przypadku braku środków finansowych, harmonogramu późniejszej realizacji, zapewniającego równoprawny dostęp świadczeniobiorców do zaopatrzenia w wymienione przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

2. Oddziały wojewódzkie Funduszu gromadzą i przetwarzają dane o realizacji refundowanego zaopatrzenia przez świadczeniobiorców.
3. Oddziały wojewódzkie Funduszu dokonują pomiędzy sobą wymiany informacji o podmiotach realizujących zaopatrzenie na obszarze całego kraju oraz aktualizacji tych informacji z obszaru danego województwa, celem dokonywania refundacji jedynie podmiotom spełniającym ustalone, jednolite warunki i posiadającym umowę.
4. Oddziały wojewódzkie Funduszu prowadzą, dostępny dla świadczeniobiorców, wykaz świadczeniodawców, posiadających umowę.
5. Wykaz świadczeniodawców udostępniany jest na stronie internetowej Funduszu oraz stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.
6. Wykaz, o którym mowa w ust. 5, aktualizowany jest co miesiąc.

Rozdział 7
Zasady finansowania świadczeń
§ 22

1. Udział oddziału wojewódzkiego Funduszu w cenie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego albo w cenie naprawy przedmiotu ortopedycznego określają odrębne przepisy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Oddział wojewódzki Funduszu finansuje cenę przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego do wysokości limitu cen określonego w odrębnych przepisach.
3. Jeżeli cena przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego jest niższa niż określona limitem, o którym mowa w ust. 2, oddział wojewódzki Funduszu finansuje cenę przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego do wysokości ceny, z zachowaniem udziału własnego świadczeniobiorcy, jeżeli taki został określony w odrębnych przepisach dla danego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego.
4. Jeżeli cena przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego jest wyższa niż określona limitem, o którym mowa w ust. 2, oddział wojewódzki Funduszu finansuje cenę przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego do wysokości ustalonego limitu ceny, z zachowaniem udziału własnego świadczeniobiorcy, jeżeli taki został określony w odrębnych przepisach dla danego przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego.

§ 23

1. Podstawą rozliczeń i płatności za przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze wydane świadczeniobiorcy oraz za wykonane naprawy, z zastrzeżeniem ust. 2, jest rachunek.

2. Wraz z rachunkiem, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca przekazuje, w formie pisemnej, do oddziału wojewódzkiego Funduszu:
   1) zbiorcze zestawienie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wydanych w okresie, za który jest sporządzona dokumentacja rozliczeniowa, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 9** do Informacji;
   2) zbiorcze zestawienie wykonanych napraw przedmiotów ortopedycznych, zgodnie ze wzorem określonym w **załączniku nr 10** do Informacji;
   3) oryginały zrealizowanych zleceń lekarskich oraz oryginały wniosków na naprawę.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 2, świadczeniodawca przekazuje także w formie elektronicznej, w formacie wymaganym przez Fundusz.

§ 24

1. Oddział wojewódzki Funduszu refunduje tylko zlecenia potwierdzone do realizacji przez ten oddział.
2. W celach rozliczeniowych oryginał zlecenia przesyłany jest wraz z zestawieniem zbiorczym wydanych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych do tego oddziału wojewódzkiego Funduszu, który dokonał potwierdzenia zlecenia do realizacji lub wydania karty zaopatrzenia (w przypadku zaopatrzenia comiesięcznego).
3. Oryginał zlecenia jest dokumentem rozliczeniowym. Zlecenia przechowywane są przez oddziały wojewódzkie Funduszu przez okres 5 lat, licząc od końca roku, w którym nastąpiła ich realizacja.

Załączniki:

Załącznik nr 1 – Wzór wykazu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych będących przedmiotem umowy;
Załącznik nr 2 – Wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne;
Załącznik nr 3 – Wymagania od świadczeniodawców realizujących zlecenia na wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze;
Załącznik nr 4 – Wniosek świadczeniodawcy o zawarcie umowy;
Załącznik nr 5 – Wzór oznaczenia wniosku;
Załącznik nr 6 – Wzór potwierdzenia złożenia wniosku;
Załącznik nr 7 – Wzór karty zaopatrzenia comiesięcznego;
Załącznik nr 8 - Wniosek o naprawę przedmiotu ortopedycznego;
Załącznik nr 9 – Wzór zestawienia wydanych świadczeniobiorcom przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych;
Załącznik 10 – Wzór zestawienia wykonanych napraw przedmiotów ortopedycznych.

załącznik nr 1 do Informacji ZPO

załącznik nr 1 do umowy ZPO

WYKAZ PRZEDMIOTÓW ORTOPEDYCZNYCH I ŚRODKÓW POMOCNICZYCH BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY (*)

Lp.	Kod wg rozporządzenia MZ **	Nazwa przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego wg rozporządzenia MZ**	Nazwa handlowa przedmiotu lub środka	Limit ceny wg rozporządzenia MZ***	Cena brutto

(*) Tabele należy sporządzić w formie elektronicznej (format xls)

(**) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorcy w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki (Dz. U. Nr. 276, poz. 2739 ze zm.)

(***) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie limitu cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach, oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych (Dz. U. Nr. 275, poz. 2732 ze zm.)

....

miejscowość i data

pieczątka i czytelny podpis
osoby uprawnionej do reprezentowania świadczeniodawcy

12/01/ZPO/2007

UMOWA Nr ...../.....

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

- ZAOPATRZENIE W SPRZĘT ORTOPEDYCZNY, ŚRODKI POMOCNICZE I LECZNICZE ŚRODKI TECHNICZNE

zawarta w ....., dnia ..... roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - ……..... **Oddziałem Wojewódzkim w** ..... z siedzibą: ..... (ADRES), reprezentowanym przez ……....., zwanym dalej **"Oddziałem Funduszu"**

a

..... , reprezentowanym przez ..... , zwanym dalej **"Świadczeniodawcą"**.

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne, zwanych dalej „świadczeniami", zgodnie z „Wykazem przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych będących przedmiotem umowy", stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z zasadami i na warunkach określonych w ***"INFORMACJI O WARUNKACH ZAWARCIA UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W RODZAJU: ZAOPATRZENIE W SPRZĘT ORTOPEDYCZNY, ŚRODKI POMOCNICZE I LECZNICZE ŚRODKI TECHNICZNE"***, wprowadzanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w drodze zarządzenia, zwanych dalej „Informacją o warunkach zawarcia umowy".
3. Zmiana Informacji o warunkach zawarcia umowy następuje nie częściej niż raz w roku z mocą obowiązującą od pierwszego dnia następnego okresu rozliczeniowego.
4. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę w okresie od dnia 1.01.2007 r. do dnia 31.12.2007 r. zgodnie z Informacją o warunkach zawarcia umowy określoną zarządzeniem Nr ……. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia .....2006 r.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2

1. Świadczeniodawca potwierdza możliwość udzielania świadczeń zgodnie z warunkami

określonymi w § 1 ust. 2 składając oświadczenie, stanowiące **załącznik nr 2** do umowy.
2. Dane identyfikacyjne świadczeniodawcy, stanowią **załącznik nr 3** do umowy.

§ 3

1. Świadczeniodawca zobowiązuje się, na okres obowiązywania umowy, do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń.
2. Minimalną sumę gwarancyjną ubezpieczenia, wskazanego w ust. 1 określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 197 poz.1643).
3. Minimalna suma gwarancyjna, o której mowa w ust. 2, ustalana jest przy zastosowaniu kursu średniego euro ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski po raz pierwszy w roku, w którym umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. Ubezpieczenie, o którym mowa w ust. 1, obejmuje w szczególności odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych i zakażeń.

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 4

Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy Świadczeniodawcy nr.....

KARY UMOWNE

§ 5

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Dyrektor Oddziału Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. Kary umowne, o których mowa w ust. 1, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 6

Umowa zostaje zawarta na okres od dnia …....….. do dnia …….....……....r.

ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN UMÓW ZAWARTYCH NA OKRES DŁUŻSZY NIŻ ROK

§ 7

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia ogłasza Informację o warunkach zawarcia umowy na następny okres rozliczeniowy do dnia 20 września danego okresu rozliczeniowego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 9

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

§ 10

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

.....	.....
.....	.....
Świadczeniodawca	**Oddział Funduszu**

Wykaz załączników do umowy:

1) **Załącznik nr 1 do umowy –** Wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych będących przedmiotem umowy;
2) **Załącznik nr 2 do umowy –** Oświadczenie świadczeniodawcy;
3) **Załącznik nr 3 do umowy –** Dane identyfikacyjne świadczeniodawcy,
4) **Załącznik nr 4 do umowy** – Harmonogram pracy,
5) **Załącznik nr 5 do umowy** – Wykaz podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie świadczeniodawcy.

załącznik nr 2 do umowy ZPO

.....

.....

.....

.....
nazwa, adres i nr telefonu siedziby Świadczeniodawcy

OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY

Oświadczam, że zapoznałem się z „Informacją o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne", a także ze wszystkimi aktami prawnymi obowiązującymi w tym zakresie.

Akceptuję przedstawione mi warunki współpracy i wzór umowy i zobowiązuję się do realizacji zleceń zgodnie z ww. zasadami.

Oświadczam również, że w zakresie prowadzonej działalności, spełniam wszystkie wymogi określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w Informacji, w każdym z miejsc obsługi świadczeniobiorców.

Przedmiotowa działalność jest prowadzona w miejscach, czasie i przez osoby wskazane w zał. nr 4 do umowy.

....

miejscowość i data

pieczątka i czytelny podpis
osoby uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

załącznik nr 3 do umowy ZPO

DANE IDENTYFIKACYJNE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa świadczeniodawcy w brzmieniu z odpowiedniego rejestru			
Nazwa skrócona świadczeniodawcy (jeśli jest wpisana w odpowiednim wypisie z rejestru)			
Reprezentowany przez: wpisać imię, nazwisko, pełnioną funkcję			
Siedziba - miejscowość			
Kod pocztowy			
Siedziba - ulica, nr domu, lokalu			
Powiat			
Telefon/fax			
Infolinia, adres poczty elektronicznej (e-mail)			
REGON			
NIP			
Nazwa banku			
Numer rachunku bankowego			
Status prawny	Publiczny ZOZ	Niepubliczny ZOZ	Inna forma
Organ założycielski / nadzorujący			
	Podstawa działalności		
	Nazwa rejestru, numer, data postanowienia		
Rejestr wojewody			
Rejestr sądowy			
Rejestr OIL/OIPiP			
Rejestr ew. gosp.			
Uwagi			

....

miejscowość i data

pieczęć i czytelny podpis
osoby uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

załącznik nr 4 do umowy ZPO

HARMONOGRAM PRACY

ŚWIADCZENIODAWCA:

Nr umowy:

godziny pracy

lp	zakres świadczeń	kod zakresu	ADRES (wypełnić dla kazdego miejsca udzielania świadczeń oddzielnie)		NUMER TELEFONU (obowiązkowo wpisać numer telefonu stacjonarnego)	poniedziałek		wtorek		środa		czwartek		piątek		sobota		tygodniowa liczba godzin pracy	informacje dodatkowe
			miejscowość	ulica, numer domu i lokalu		od	do	od	do	od	do	od	do	od	do	od	do		
	1	*2*	*3*	*4*	*5*	*6*	*7*	*8*	*9*	*10*	*11*	*12*	*13*	*14*	*15*	*16*	*17*	*18*	*19*
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			

data sporządzenia:

pieczęć i podpis świadczeniodawcy:

załącznik nr 5 do umowy ZPO

Wykaz podwykonawców udzielających świadczenia na zlecenie świadczeniodawcy

lp.	nazwa podwykonawcy	przedmiot umowy	miejsce udzielania świadczeń	czas obowiązywania umowy
1	*2*	*3*	*4*	*5*
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Wymagania od świadczeniodawców realizujących zlecenia na wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze

1. Świadczeniodawcy realizujący zlecenia na wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze z wyłączeniem punktów protetyki słuchu i zakładów optycznych	
1.1 Zakres działania	1.1.1 czynności niezbędne do zaopatrzenia świadczeniobiorcy w przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy wskazany w zleceniu, w tym również w warunkach domowych lub w szpitalu
	1.1.2 naprawy pogwarancyjne
	1.1.3 świadczeniodawca realizujący zlecenia zobowiązany jest: - udzielić świadczeniobiorcy na piśmie minimum rocznej gwarancji ich jakości oraz wydać dokument gwarancyjny (dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla których minister właściwy ds. zdrowia ustalił okres użytkowania dłużej niż rok) i pisemną instrukcję użytkowania, - udzielić świadczeniobiorcy na piśmie minimum 3 miesięcznej gwarancji ich jakości oraz wydać dokument gwarancyjny (dla przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych dla których minister właściwy ds. zdrowia ustalił okres użytkowania 1 rok) i pisemną instrukcję użytkowania.
1.2 kwalifikacje	1.2.1 w każdym miejscu obsługi w godzinach przyjęć, stała obecność co najmniej jednego pracownika legitymującego się: - co najmniej wykształceniem średnim oraz - kwalifikacjami nabytymi w ramach kursu z zakresu towaroznawstwa materiałów medycznych, według programu zatwierdzonego przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz - co najmniej rocznym stażem pracy w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.
	1.2.2 w każdym miejscu obsługi świadczeniobiorców, w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne wykonywane i dopasowywane indywidualnie np. protezy kończyn, aparaty ortopedyczne, ortezy świadczeniodawca musi zatrudniać - lekarza będącego specjalistą w dziedzinie ortopedii bądź rehabilitacji lub - fizjoterapeutę bądź rehabilitanta lub - technika biomechanika bądź technika ortopedę.
	1.2.3 w każdym miejscu obsługi świadczeniobiorców, w godzinach przyjęć w zakładzie, zaopatrzenia w obuwie ortopedyczne wykonywane indywidualnie, obecność przynajmniej jednego pracownika z kwalifikacjami: - technika ortopedy lub technika biomechanika lub pracownika z kwalifikacjami szewca ortopedy. - dopuszcza się również obecność pracowników posiadających dyplom mistrza lub czeladnika z zakresu szewstwa, którzy mają udokumentowany co najmniej dwuletni staż pracy jako szewc ortopeda.

2. Świadczeniodawcy realizujący zlecenia na środki pomocnicze z zakresu protetyki słuchu	
2.1 Zakres działań	wszystkie czynności niezbędne do wykonania usługi, a w szczególności: - wykonanie badań słuchu na potrzeby protezowania w aparaty słuchowe; - dobór właściwych pomocy słuchowych wraz z ustawieniem parametrów; - dopasowanie pomocy słuchowych do warunków anatomicznych, korekta ustawień pomocy słuchowej w okresie użytkowania aparatu słuchowego; - wykonanie formy do wkładki usznej lub aparatu wewnętrznego; - dopasowanie wkładki usznej do warunków anatomicznych (korekta wkładek); - dobór systemu wspomagającego słyszenie.
2.2 wymogi dodatkowe	2.2.1 uprawnienie do doboru aparatów słuchowych u małych dzieci (0-4 r.ż.) i bez kontaktu werbalnego) - kliniki specjalistyczne oraz placówki wskazane przez konsultanta wojewódzkiego ds. audiologii i foniatrii.
	2.2.2 potwierdzenie zawarcia umowy dystrybucyjnej z przedstawicielami lub generalnymi dystrybutorami firm produkujących aparaty słuchowe i systemy wspomagające słyszenie. Oświadczenie dystrybutora, iż zapewnia oferentowi 5 letni serwis naprawczy.
2.3 kwalifikacje	w każdym miejscu obsługi świadczeniobiorców, w godzinach przyjęć, stała obecność co najmniej jednego pracownika posiadającego: - dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego protetyk słuchu lub - wykształcenie średnie i posiadającego fachowe kwalifikacje do protezowania słuchu, potwierdzone ukończeniem studiów bądź kursów prowadzonych zgodnie z programem zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia oraz 2 letnim udokumentowanym stażem pracy w zawodzie protetyka słuchu.
3. Świadczeniodawcy realizujący zlecenia na środki pomocnicze z zakresu optyki okularowej.	
3.2 Zakres działania	wszystkie czynności niezbędne do całkowitego wykonania usługi, w szczególności: - dokonanie niezbędnych pomiarów i dobór właściwych soczewek i pomocy optycznych; - dopasowanie do warunków anatomicznych.
3.3 kwalifikacje	zakład optyczny zobowiązany jest zapewnić w każdym miejscu obsługi świadczeniobiorców, w godzinach przyjęć, stałą obecność co najmniej jednego pracownika posiadającego: - dyplom mistrza optyki okularowej lub - dyplom szkoły policealnej w zawodzie technik optyk lub - dyplom ukończenia studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra oraz ukończone studia podyplomowe z optometrii lub - dyplom ukończenia studiów wyższych i uzyskanie tytułu magistra na kierunku fizyka w zakresie optometrii oraz udokumentowany 2 letni staż pracy na stanowisku optyka okularowego lub - dyplom czeladnika bądź robotnika wykwalifikowanego, posiadającego udokumentowany 3 letni staż pracy na stanowisku optyka okularowego
	w zakresie aplikacji leczniczych soczewek kontaktowych przy leczeniu stożka rogówki i przy dużej anizometropii (łącznie z afakią), w każdym z miejsc, w godzinach przyjęć świadczeniobiorców: - lekarz specjalista w dziedzinie okulistyki, posiadający fachowe kwalifikacje w zakresie aplikacji soczewek kontaktowych leczniczych, potwierdzone ukończeniem szkoleń, kursów i 2 letni udokumentowany staż pracy w zakresie aplikacji soczewek.

załącznik nr 4 do Informacji ZPO

.....

.....

.....

.....
nazwa, adres i nr telefonu siedziby świadczeniodawcy

……

Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
w……..

WNIOSEK

Wnoszę o podpisanie „Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne”.
W załączeniu przedkładam:

1) „Wykaz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych będących przedmiotem umowy” zgodnie ze wzorem określonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) „Oświadczenie świadczeniodawcy” zgodnie ze wzorem określonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

3) „Dane identyfikacyjne świadczeniodawcy realizującego zlecenia na wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze” zgodnie ze wzorem określonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

4) informację o miejscach wykonywania świadczeń będących przedmiotem wniosku;

5) w przypadku zakładów opieki zdrowotnej*:
   a) aktualny wypis z rejestru wojewody lub Ministra Zdrowia,
   b) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej (w przypadku sp zoz);

6) w przypadku oferentów prowadzących działalność gospodarczą*:
   a) aktualne zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności

Gospodarczej lub

b) aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dotyczącej rejestru przedsiębiorców;

7) kopię obowiązującego statutu*;

8) kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia;

9) wykaz podwykonawców oraz kopie zawartych z nimi umów*;

10) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta, w przypadku gdy oferent jest reprezentowany przez pełnomocnika

*przedłożyć właściwe

…… ……

miejscowość i data

pieczątka i czytelny podpis
osoby uprawnionej do reprezentowania Świadczeniodawcy

Załącznik nr 5 do Informacji ZPO

(-wzór-)

OZNACZENIE WNIOSKU

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA **.....Oddział Wojewódzki NFZ w .....** Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne **.....** (nazwa zakresu świadczeń)
..... (numer postępowania zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)
(pełna nazwa oferenta zgodna z właściwym rejestrem)
(adres siedziby oferenta zgodny z właściwym rejestrem)
(oferent – pieczęć, podpis, data)
Wydruk formularza rejestracyjnego z kodem paskowym (należy przykleić)

Załącznik nr 6 do Informacji ZPO

(-wzór-)

POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA WNIOSKU

<table>
<tr><td colspan="2">NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA

.....Oddział Wojewódzki NFZ w .....
WNIOSEK

.....
(nazwa rodzaju świadczeń będącego przedmiotem postępowania
- zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)</td></tr>
<tr><td colspan="2">.....
(numer postępowania zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu)</td></tr>
<tr><td colspan="2">(pełna nazwa oferenta zgodna z właściwym rejestrem)</td></tr>
<tr><td colspan="2">(adres siedziby oferenta zgodny z właściwym rejestrem)</td></tr>
<tr><td>(data złożenia wniosku: dd.mm.rrrr)</td><td>(numer z rejestru wniosków)</td></tr>
<tr><td colspan="2">(Oddział Funduszu - potwierdzenie złożenia wniosku: pieczęć, podpis, data)</td></tr>
</table>

załącznik nr 7 do Informacji ZPO

…….…… ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI
w ……..

KARTA ZAOPATRZENIA COMIESIĘCZNEGO

NR KARTY ZAOPATRZENIA:……

.....
pieczęć jednostki wystawiającej

Dane świadczeniobiorcy

1. Nazwisko
2. Imię
3. PESEL
4. Nr karty ubezp. zdr.
5. Uprawnienia
6. Miejscowość
7. Kod pocztowy -
8. Ulica
9. Nr domu nr mieszkania

Karta upoważnia do korzystania z zaopatrzenia w refundowane środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie ujęte w stosownym rozporządzeniu ministra właściwego ds. zdrowia.

Termin ważności karty od: - -
do

.....
podpis świadczeniobiorcy lub osoby odbierającej

pieczęć NFZ, podpis pracownika.....

Środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, cewniki, sprzęt stomijny, worki do zbiórki moczu, zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych.

Data wystawienia zlecenia	Kod środka	Nazwa środka pomocniczego	Liczba sztuk	Okres użytkowania	Pieczątka i podpis lekarza wystawiającego zlecenie	Pieczątka i podpis świadczeniodawcy realizującego zlecenie

załącznik nr 8do Informacji ZPO

WYPEŁNIA ŚWIADCZENIOBIORCA	Wniosek na naprawę przedmiotu ortopedycznego nr _____ Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na refundowaną przez NFZ naprawę _____ *nazwa przedmiotu ortopedycznego* _____ *data i podpis Świadczeniobiorcy*
WYPEŁNIA PRACOWNIK NFZ	Imię i nazwisko _____ PESEL Naprawa przedmiotu _____ *nazwa przedmiotu* Kod przedmiotu _____ Nr zlecenia ORT POM _____ Data potwierdzenia _____ Powyższy przedmiot ortopedyczny był naprawiany TAK/NIE (*właściwe akreślić)* Kwota wykorzystanego limitu na naprawę _____ Limit cenowy naprawy _____ Wniosek ważny do _____ _____ *Data,podpis i pieczątka pracownika NFZ*
WYPEŁNIA ŚWIADCZENIODAWCA DOKONUJĄCY NAPRAWY	_____ *pieczątka Świadczeniodawcy* Data przyjęcia do naprawy _____ Opis naprawy _____ _____ _____ Cena naprawy _____ Na ww. naprawę udzielam _____ okresu gwarancji i oświadczam, że uszkodzenie objęte naprawą nie powstało z winy użytkownika. _____ *podpis i pieczątka Świadczeniodawcy*
WYPEŁNIA OSOBA ODBIERAJĄCA	Potwierdzam odbiór naprawionego bez zastrzeżeń przedmiotu ortopedycznego _____ _____ *data* *podpis osoby odbierającej**

Nazwa Świadczeniodawcy załącznik nr 9 do Informacji ZPO

Zestawienie wydanych świadczeniobiorcom przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w miesiącu..... 2007 r.

Lp.	Numer ewidencyjny zlecenia*	PESEL	Imię i nazwisko	Kod zaopatrzenia**	liczba sztuk	Limit cenowy szt.	Rzeczywista wartość zaopatrzenia	Kwota refundacji	Dopłata świadczeniobiorcy
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
				SUMA:		**XXXXXX**			

* w przypadku zaopatrzenia comiesięcznego numer karty zaopatrzenia

** Kod zaopatrzenia - kod z wykazu limitów cenowych

pieczątka i czytelny podpis
osoby uprawnionej do reprezentowania świadczeniodawcy

miejscowość i data

Nazwa Świadczeniodawcy

załącznik nr 10 do Informacji ZPO

Zestawienie wykonanych napraw przedmiotów ortopedycznych
w miesiącu.....2007 r.

lp.	numer ewidencyjny wniosku o naprawę	PESEL	imię i nazwisko	kod naprawy*	limit cenowy naprawy	rzeczywista cena naprawy	kwota refundacji	dopłata świadczeniobiorcy
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
				SUMA:	**XXXXXX**			

*Kod naprawy - kod z wykazu limitów cenowych napraw

pieczątka i czytelny podpis

osoby uprawnionej do reprezentowania świadczeniodawcy

miejscowość i data