

**<sup>1</sup> HARMONOGRAM - ZASOBY****Załącznik nr ..... do umowy nr .....****rodzaj świadczeń:.....**

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń (b)	Zakres świadczeń z określeniem obszaru zabezpieczenia (c)	Kod miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (d)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (e)	Adres miejsca udzielania świadczeń / dodatkowego miejsca przyjmowania pacjentów (f)	Część VII kodu resortowego (g)****	Część VIII kodu resortowego (h)****	Profil IX - X cz. kodu res.(i)****

I. 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)										
II. 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*	
III. Pojazdy										
Unikalny wyróżnik pojazdu (a)	Nazwa pojazdu (b)		Nr rejestracyjny (c)			Rok produkcji (d)	Dostępny od (e)	Dostępny do (f)	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. 2016, poz. 1638, z późn. zm.)