

<b>I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY</b>	<b>KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm</b>
---	--

Dane identyfikacyjne i adresowe - świadczeniodawcy w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część 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	

## WZÓR WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO KOSM

<b>II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK</b>					<b>KOD GRAFICZNY</b> o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm	
<b>KOSM</b>						
<b>ZAKRES WNIOSKU *</b>						
Kod przedmiotu postępowania		Nazwa przedmiotu postępowania				
<b>PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA</b>						
Jednostka rozliczeniowa						
Oferowana cena jednostki						
	styczeń	luty	marzec	I kwartał		
<i>liczba * cena</i>				<i>liczba</i>		
<i>wartość</i>				<i>wartość</i>		
	kwiecień	maj	czerwiec	II kwartał		
<i>liczba * cena</i>				<i>liczba</i>		
<i>wartość</i>				<i>wartość</i>		
	lipiec	sierpień	wrzesień	III kwartał		
<i>liczba * cena</i>				<i>liczba</i>		
<i>wartość</i>				<i>wartość</i>		
	październik	listopad	grudzień	IV kwartał		
<i>liczba * cena</i>				<i>liczba</i>		
<i>wartość</i>				<i>wartość</i>		
Razem	<i>liczba</i>					
	<i>wartość</i>					
<b>MIJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZENIA</b>						
<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca					Teryt
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			
<b>Dostępność</b>						
Dostępność profilu medycznego/zakresu						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
<b>Personel</b>						
<b>&lt;Unikalny wyróżnik osoby z wykazu&gt;</b>	Nazwisko					
	Imiona					PESEL
	zawód/specjalność		stopień specjalizacji		Nr Prawa Wyk. Zawodu	
	Stanowisko/funkcja pracownika				Liczba godzin pracy tygodniowo	
	pon	wt	śr	czw	pt	sb
<b>Sprzęt</b>						
<b>&lt;Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu&gt;</b>	Nazwa sprzętu					Ilość
	Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu	

\* - należy wymienić wszystkie zakresy świadczeń i miejsca udzielania świadczeń

III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW			KOD GRAFICZNY o wymiaramach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm
<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY</b>			
<b>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</b>			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno- prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
<b>Dane rejestrowe podwykonawcy</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</b>			
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			