

HARMONOGRAM - ZASOBY
Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń: rehabilitacja lecznicza

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**