

Nazwa podmiotu
REGON podmiotu

Sprawozdanie z liczby łóżek dostępnych do udzielania świadczeń w okresie od dnia . . . do dnia . . .

Lp	Nazwa zakładu leczniczego	VII cz. kodu resortowego	VIII cz. kodu resortowego	Nazwa komórki organizacyjnej wg VIII cz. kodu resortowego	Liczba łóżek	Data od (RR-MM-DD)	Data do (RR-MM-DD)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
3.							
4.							
...							

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....

...
Podpis*
osoby upoważnionej
do reprezentowania
podmiotu

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

**Sprawozdanie z liczby respiratorów dostępnych do udzielania świadczeń w jednoprofilowych szpitalach
zakaźnych w okresie od dnia . . . do dnia . . .**

Lp	Nazwa zakładu leczniczego	Liczba respiratorów	Data od (RR-MM-DD)	Data do (RR-MM-DD)
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
...				

Miejscowość i data:**Imię i nazwisko Sporządzającego:****Nr telefonu:****Adres e-mail:**

.....

...

Podpis*

**osoby upoważnionej
do reprezentowania**

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Nazwa podmiotu
REGON podmiotu

Sprawozdanie z realizacji gotowości i dostępności do udzielania świadczeń w okresie od dnia . . . do dnia . . .

Lp	Kod produktu	Nazwa produktu	Data od (RR-MM-DD)	Data do (RR-MM-DD)	Liczba jednostek rozliczeniowych	Wartość jednostki rozliczeniowej	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6	7	8=6*7
1.							
2.							
3.							
4.							
...							
RAZEM							- zł

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....
Podpis*
osoby upoważnionej
do reprezentowania
podmiotu

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

¹²⁾ W brzmieniu nadanym przez §1 pkt 3 zarządzenia Nr 59/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2020 r., które weszło w życie z dniem 15 kwietnia 2020 r.

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

Sprawozdanie z realizacji świadczeń (z wyłączeniem testów na obecność wirusa SARS-CoV-2) w okresie od dnia . . . do dnia . . .

Lp	Identyfikator pacjenta *	Kod produktu	Nazwa produktu	Data od (DD-MM-RR)	Data do (DD-MM-RR)	Liczba jednostek rozliczeniowych	Wartość jednostki rozliczeniowej	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6	7	8	9=7*8
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
...								
RAZEM								- zł

* nr PESEL, a w przypadku jego braku seria i nr dokumentu tożsamości

Miejscowość i data:**Imię i nazwisko Sporządzającego:****Nr telefonu:****Adres e-mail:**

.....

Podpis **
osoby
upoważnionej
do reprezentowania

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

Sprawozdanie z wykonania testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 w okresie od dnia . . . do dnia . . .

Lp	Identyfikator pacjenta *	Kod produktu	Nazwa produktu	Data zlecenia testu (DD-MM-RR)	Data wykonania testu (DD-MM-RR)	Data i godzina dostarczenia materiału do laboratorium (DD-MM-RR HH-MM)	Data i godzina przekazania wyniku do zlecającego (DD-MM-RR HH-MM)	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
...								
RAZEM								- zł

* nr PESEL, a w przypadku jego braku seria i nr dokumentu tożsamości

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....

Podpis **
osoby
upoważnionej
do
reprezentowania
podmiotu

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

¹⁹⁾ W brzmieniu nadanym przez §1 pkt 3 zarządzenia Nr 65/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4.05.2020 r., które weszło w życie z dniem 5.05.2020 r.

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

Sprawozdanie z realizacji gotowości w zakresie transportu sanitarnego w okresie od dnia . . . do dnia . . .

Lp	Kod produktu	Nazwa produktu	Liczba zespołów (iloczyn liczby dni oraz liczby zespołów pozostających w gotowości w danym okresie sprawozdawczym)	Wartość jednostkowa gotowości w zł	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6=4*5
1.	99.01.0001	Opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez 1 osobę			
2.	99.01.0003	Opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez zespół co najmniej dwuosobowy			
RAZEM					- zł

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....

Podpis*
osoby upoważnionej

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

Sprawozdanie z realizacji transportu sanitarnego w okresie od dnia . . . do dnia . . .

Lp	Identyfikator pacjenta *	Nr rejestracyjny pojazdu, którym wykonany został transport	Data transportu (DD-MM-RR)	Godzina rozpoczęcia transportu (HH-MM)	Godzina zakończenia transportu (HH-MM)	Kod produktu	Nazwa produktu	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
...								
RAZEM								- zł

* nr PESEL, a w przypadku jego braku seria i nr dokumentu tożsamości

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....

Podpis**
osoby upoważnionej
do reprezentowania podmiotu

** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem