|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WNIOSEK O OBJĘCIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI KOMPLEKSOWEJ**  **w zakresie……………………………………………………**  **UMOWĄ PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ** | | | | | | |
|
|  | | | | | | |
| **I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO** | | | | | **KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm** | |
|  | | | | | | |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskującego - świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych** | | | | | | |
| Nazwa |  | | | | | |
| Adres siedziby |  | | | | | |
| Kod terytorialny i nazwa |  | | | | | |
| REGON |  | | | NIP |  | |
| Forma organizacyjno-prawna (cześć 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 |  | |
|  |  | | |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |

Zał.2a

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK** | | | | | **KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm** | |
| **ŚWIADCZENIA OPIEKI KOMPLEKSOWEJ** | | | | | | |
| **ZAKRES OFERTY** | | | | | | |
| Kod przedmiotu postępowania |  | Nazwa przedmiotu postępowania |  | | | |
| **PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA** | | | | | | |
| Jednostka rozliczeniowa | |  | | | | |
| Oferowana cena jednostki | |  | | | | |
|  | styczeń | luty | marzec | I kwartał | | |
| *liczba \* cena* |  |  |  | *liczba* |  | |
| *wartość* |  |  |  | *wartość* |  | |
|  | kwiecień | maj | czerwiec | II kwartał | | |
| *liczba \* cena* |  |  |  | *liczba* |  | |
| *wartość* |  |  |  | *wartość* |  | |
|  | lipiec | sierpień | wrzesień | III kwartał | | |
| *liczba \* cena* |  |  |  | *liczba* |  | |
| *wartość* |  |  |  | *wartość* |  | |
|  | październik | listopad | grudzień | IV kwartał | | |
| *liczba \* cena* |  |  |  | *liczba* |  | |
| *wartość* |  |  |  | *wartość* |  | |
| Razem | liczba |  | | | | |
| wartość |  | | | | |
| **MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA\*** | | | | | | |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ** | 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 |  | | |
| **Dostępność** | | | | | | |
| Dostępność profilu medycznego/zakresu | | | | |  | |
| Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu | | | | | | |
| pon | wt | śr | czw | pt | sb | niedz |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Personel** | | | | | | |
| **<Unikalny wyróżnik osoby z wykazu>** | Nazwisko |  | | | | |
| Imiona |  | | | PESEL |  |
| zawód/specjalność |  | | stopień specjalizacji |  | Nr Prawa Wyk. Zawodu |  |
| Stanowisko/funkcja pracownika |  | | | Liczba godzin pracy tygodniowo | |  |
| pon | wt | śr | czw | pt | sb | niedz |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Sprzęt** | | | | | | |
| **<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>** | Nazwa sprzętu |  | | | Ilość |  |
| Rodzaj dostępności sprzętu |  | Rok produkcji |  | Nr seryjny sprzętu |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| \* wypełnić dla każdego miejsca, w którym będą udzielane świadczenia (również jeśli w strukturze organizacyjnej znajduje się kilka oddziałów oznaczonych tymi samymi kodami części VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych) zgodnie z umową | | | | | | |
|

Zał. 2b

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

Zał. 2c

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **IV. WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW** | | | **KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm** |
|
| **świadczenia opieki kompleksowej** | | | |
| **UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓŁREALIZATORA** |  | | |
| **Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora** | | | |
| Nazwa |  | | |
| Adres siedziby |  | | |
| Kod terytorialny i nazwa |  | | |
| REGON |  | NIP |  |
| Forma organizacyjno-prawna (cześć IV KR) |  | | |
| Osoba/y uprawniona do reprezentowania |  | Telefon |  |
| **Dane rejestrowe współrealizatora** | | | |
| Rodzaj rejestru |  | Nr wpisu do rejestru |  |
| Organ rejestrujący |  | Data wpisu |  |
| Data ostatniej aktualizacji |  |
| **Dane dotyczące zakresu współrealizacji** | | | |
| Umowa/promesa |  | | |
|
| Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji |  | Pozycja/e umowy |  |
| Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji |  | Przedmiot świadczeń współrealizatora |  |
| Opis przedmiotu współrealizacji |  | | |

zał. nr 3

**POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA\*/ UZUPEŁNIENIA\*/WYCOFANIA\* WNIOSKU**

|  |  |
| --- | --- |
| **NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA**  ........................................ **Oddział Wojewódzki NFZ w** .......................................  **WNIOSEK**  (nazwa zakresu rzeczowego będącego przedmiotem postępowania) | |
| (numer postępowania zgodnie z ogłoszeniem o postępowaniu) | |
| (pełna nazwa Wnioskujący zgodna z właściwym rejestrem, identyfikator techniczny Wnioskującego ) | |
| (adres siedziby Wnioskującego zgodny z właściwym rejestrem) | |
| (data złożenia/ uzupełnienia wniosku: dd.mm.rrrr) | (numer z rejestru wniosków) |
| (Oddział Funduszu – potwierdzenie złożenia\*/ uzupełnienia\*/wycofania\* wniosku: pieczęć, podpis, data) | |

\* – niepotrzebne skreślić