|  |
| --- |
| **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