



**HARMONOGRAM - ZASOBY**

Załącznik nr 2 do umowy nr .....

**rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ASDK**

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń (b)	Zakres świadczeń (c)	Kod miejsca udzielania świadczeń (d)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń (e)	Adres miejsca udzielania świadczeń (f)	Część VII kodu resortowego (g) ***	Część VIII kodu resortowego (h)***	Profil IX - X cz. kodu res.(i)***

**I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń**

Harmonogram									
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status D, M, U*

**II. Personel**

Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	Pesel (d)	Status D, M, U*						
Dostępność osoby personelu										
Dostępność godzinowa tygodniowo (e)	Rodzaj harmonogramu ** (f)	pn (g)	wt (h)	śr (i)	czw (j)	pt (k)	sob (l)	nd (m)	Obowiązuje od (n)	Obowiązuje do (o)
	P									
Uprawnienia zawodowe					Nr Prawa Wyk. Zawodu (q)					
Grupa zawodowa (p)										
Zawód-specjalność										
Nazwa (r)						Stopień specjalizacji (s)	Data uzyskania (t)	Data otwarcia (u)		
Kompetencje										
Nazwa (w)								Data uzyskania (y)		
Doświadczenie zawodowe (z)										
III. Sprzęt										
Unikalny wyróżnik sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)	Ilość (c)	Nr seryjny sprzętu (d)	Rodzaj dostępności sprzętu (e)	Rok produkcji (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status D, M, U*		

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

\* D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

\*\* Rodzaj harmonogramu:

P - harmonogram podstawowy

\*\*\* - 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. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.),

- stosuje się odpowiednio do komórek org. wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia

**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**  
**Załącznik nr ..... do umowy nr .....**  
**rodzaj świadczeń: ambulatoryjna opieka specjalistyczna - ASDK**

UNIKALNY WYRÓZNIK PODWYKONAWCY			
<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			

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć Świadczeniodawcy

Miejscowość ..... Data .....

Kod Oddziału Wojewódzkiego  
 Dane Świadczeniodawcy  
 (źródło – Portal Świadczeniodawcy)

**Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego**

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego:	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Podpis/y i pieczęć Świadczeniodawcy .....