

UMOWA Nr 03-00-00414-19-04 / 03-19-01-00414-01
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH
W RODZAJU PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

zawarta w Lublinie, dnia 29 kwietnia 2019 roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia - Lubelskim Oddziałem Wojewódzkim w Lublinie
z siedzibą: ul. Szkolna 16, 20-124 Lublin, reprezentowanym przez **Karola Tarkowskiego**,
zwanym dalej „**Oddziałem Funduszu**”

a

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W MIĘDZYRZECU
PODLASKIM

21-560 MIĘDZYRZEC PODLASKI ul. WARSZAWSKA 2-4

NIP: 5381594357

REGON: 000584484

oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.)

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez **WIESŁAW ZANIEWICZ**

PRZEDMIOT I OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 1.

1. Przedmiot umowy stanowią:

1) świadczenia lekarza poz, w tym zgodnie z przyjętą zasadą rozliczeń:

- a) świadczenia lekarza poz – kapitacja w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 15 ust. 2 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, zwanego dalej „zarządzeniem w sprawie poz”
- b) świadczenia lekarza poz – porady udzielane w stanach, o których mowa w § 8 ust. 7 zarządzenia w sprawie poz, świadczeniobiorcom spoza listy:

- zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy poz lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu,
 - innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, osobom uprawnionym wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
- c) świadczenia lekarza poz – porady udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy),
- d) świadczenia lekarza poz - świadczenia w ramach profilaktyki chorób układu krążenia,
- e) świadczenia lekarza poz - porady kwalifikacyjne do realizacji świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w poz,
- f) świadczenia lekarza poz – porady związane z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO);
- 2) świadczenia pielęgniarki poz:
- a) świadczenia pielęgniarki poz – kapitacja w przypisanych do współczynników korygujących grupach świadczeniobiorców określonych w § 19 ust. 2 zarządzenia w sprawie poz,
- b) świadczenia pielęgniarki poz – świadczenia udzielane w stanach, o których mowa w § 8 ust. 7 zarządzenia w sprawie poz, świadczeniobiorcom spoza listy:
- zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy poz lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu,
 - innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie

zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,

- c) świadczenia pielęgniarki poz – świadczenia udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy),
 - d) świadczenia pielęgniarki poz – świadczenia w ramach profilaktyki gruźlicy;
- 3) świadczenia położnej poz, w tym:
- a) świadczenia położnej poz – kapitacja na podstawie listy świadczeniobiorców,
 - b) świadczenia położnej poz – świadczenia w edukacji przedporodowej,
 - c) świadczenia położnej poz – świadczenia w edukacji przedporodowej – wada letalna płodu,
 - d) świadczenia położnej poz – wizyty patronażowe,
 - e) świadczenia położnej poz – wizyty patronażowe/wizyty w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu,
 - f) świadczenia położnej poz – wizyty w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych,
 - g) świadczenia położnej poz – świadczenia udzielane w stanach, o których mowa w § 8 ust. 7 zarządzenia w sprawie poz, świadczeniobiorcom spoza listy:
 - zamieszkałym na terenie tego samego województwa ale poza gminą właściwą i gminami sąsiadującymi z gminą właściwą dla miejsca udzielania świadczeń danego świadczeniodawcy poz lub spoza terenu objętego właściwością Oddziału Funduszu,
 - innym niż ubezpieczeni, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - h) świadczenia położnej w poz – świadczenia udzielane osobom spoza listy, uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, certyfikat zastępczy),
 - i) świadczenia położnej poz w Programie profilaktyki raka szyjki macicy - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego,

- j) świadczenia położnej poz w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej – wizyty w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, o których mowa w § 20 ust. 10 zarządzenia w sprawie poz;
- 4) świadczenia pielęgniarki szkolnej, w tym:
 - a) świadczenia pielęgniarki szkolnej – kapitacja według listy uczniów w poszczególnych typach szkół,
 - b) świadczenia grupowej profilaktyki fluorkowej – kapitacja według listy uczniów klas I-VI w szkołach objętych opieką;
- 5) transport sanitarny w poz, w tym:
 - a) świadczenia transportu sanitarnego w poz – przewozy realizowane w ramach gotowości – kapitacja w obrębie populacji objętej opieką,
 - b) świadczenia transportu sanitarnego w poz - przewozy „dalekie” na odległość „tam i z powrotem” od 121 do 400 km,
 - c) świadczenia transportu sanitarnego w poz – przewozy „dalekie” na odległość „tam i z powrotem” powyżej 400 km.
- 2. Przepisy ust. 1 dotyczą Świadczeniodawców tylko w zakresie określonym pozytywnie zweryfikowanym wnioskiem o zawarcie umowy. Pozostałe przepisy ulegają wykreśleniu przy zawieraniu umowy, a zdefiniowane przez nie zakresy nie są realizowane przez Świadczeniodawcę.
- 3. Świadczeniodawca zobowiązany jest do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.
- 4. Umowę zawarto na okres: od 01-05-2019 r. na czas nieoznaczony.
- 5. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę odpowiednio do jej przedmiotu w szczególności zgodnie z zasadami i na warunkach określonych:
 - 1) w przepisach ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) oraz zarządzenia w sprawie poz;
 - 2) w Ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.), zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”;
 - 3) w przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej

opieki zdrowotnej oraz w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, wydanych na podstawie art. 31d ustawy, w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133); oraz

- 4) w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem (Dz.U.z 2016 r. poz. 1132).

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. Świadczenia udzielane są przy wykorzystaniu zasobów i zgodnie z harmonogramem stanowiącym załącznik nr 1 do umowy, określonym odrębnie dla każdego miejsca udzielania świadczeń.
2. Świadczenia mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy. Podwykonawca obowiązany jest spełniać warunki określone w zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych.
3. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Oddziału Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Oddział Funduszu informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
4. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku nr 2 do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
5. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń

opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń wraz z ich harmonogramami pracy oraz sprzęt i wyposażenie, z zastrzeżeniem ust. 6.

6. Obowiązek zgłoszenia zmiany w harmonogramie pracy lekarza, pielęgniarki, położnej, higienistki szkolnej, o którym mowa w ust. 5, nie dotyczy przypadku, gdy zaistniała zmiana nie przekracza okresu 14 dni. Powyższe nie może spowodować przerwy w ciągłości realizacji umowy, ani też wpłynąć na ograniczenie dostępności do świadczeń dla świadczeniobiorców objętych opieką.
7. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 5, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Narodowy Fundusz Zdrowia aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

§ 3.

Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ustawy.

§ 4.

1. W przypadku:
 - 1) zaprzestania przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ udzielania świadczeń u Świadczeniodawcy;
 - 2) zmiany miejsca udzielania świadczeń przez Świadczeniodawcę;
 - 3) podziału, zmiany formy organizacyjno-prawnej Świadczeniodawcy lub połączenia z innym świadczeniodawcą
 - Świadczeniodawca obowiązany jest poinformować o tym fakcie właściwy Oddział Funduszu oraz świadczeniobiorców.
2. Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorców o zmianach wyszczególnionych w ust. 1 przez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do określonego lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ. Świadczeniodawca obowiązany jest do podjęcia działań

zmierzających, do zachowania norm dotyczących liczby świadczeniobiorców, określonych warunkami zawierania umów. Złożone uprzednio deklaracje zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, lub wyboru nowego Świadczeniodawcy.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Świadczeniodawca udziela świadczeń świadczeniobiorcom zadeklarowanym do lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, tego świadczeniodawcy do czasu dokonania ponownego wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ, z zastrzeżeniem, że zmiana miejsca udzielania świadczeń następuje w obrębie administracyjnym gminy lub dzielnicy – w miastach, w których wyodrębniono jednostki pomocnicze.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, świadczeń udziela Świadczeniodawca udzielający świadczeń w dotychczasowym miejscu, pod warunkiem, że świadczenia udzielane są przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ, do których deklarację wyboru złożył świadczeniobiorca.
6. Kontrola danych zawartych w złożonych deklaracjach prowadzona będzie przez Oddział Funduszu zgodnie z zasadami postępowania kontrolnego Narodowego Funduszu Zdrowia.
7. Stosownie do zakresu świadczeń będącego przedmiotem umowy, w przypadku czasowego (związanego z urlopem, zdarzeniem losowym lub szkoleniem w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych mających zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej) zaprzestania udzielania świadczeń przez lekarza POZ, pielęgniarkę POZ lub położną POZ realizujących umowy, jako podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160, z późn. zm.), w których świadczenia udzielane są jednoosobowo, Świadczeniodawca zobowiązany jest do:
 - 1) zabezpieczenia świadczeniobiorcom zadeklarowanym odpowiednio do lekarza POZ, pielęgniarki POZ lub położnej POZ dostępności do świadczeń poprzez zagwarantowanie zastępstwa na okres nieobecności u innego Świadczeniodawcy;
 - 2) odpowiednio wczesnego powiadomienia świadczeniobiorców o zmianach wynikających z modyfikacji wprowadzonej w związku z pkt 1 przez zamieszczenie ogłoszenia w miejscu udzielania świadczeń;

- 3) poinformowania o zaistniałej sytuacji właściwy Oddział Funduszu.
8. W przypadku wykonywania przez Fundusz planowej kontroli u Świadczeniodawcy w zakresie prawidłowej realizacji postanowień zawartych w umowie, Świadczeniodawca zostaje powiadomiony przez Fundusz o takim zamiarze z wyprzedzeniem, co najmniej 48 godzin przed rozpoczęciem czynności kontrolnych. Czas trwania kontroli, o której mowa w zdaniu pierwszym nie może przekraczać:
 - 1) w odniesieniu do mikroprzedsiębiorców – 12 dni roboczych;
 - 2) w odniesieniu do małych przedsiębiorców – 18 dni roboczych;
 - 3) w odniesieniu do średnich przedsiębiorców – 24 dni roboczych;
 - 4) w odniesieniu do pozostałych przedsiębiorców – 48 dni roboczych.
9. Z ważnych przyczyn, na podstawie przepisów art. 38 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.) lekarz POZ może odstąpić od leczenia świadczeniobiorcy, o ile nie zachodzi przypadek, gdy zwłoka w udzieleniu świadczenia mogłaby spowodować niebezpieczeństwo utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia, oraz inny przypadek niecierpiący zwłoki.
10. W sytuacji, o której mowa w ust. 9 lekarz, POZ obowiązany jest do:
 - 1) uprzedzenia dostatecznie wcześniej świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego bądź opiekuna faktycznego o podjętej decyzji i wskazania realnych możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub świadczeniodawcy POZ;
 - 2) uzasadnienia i odnotowania faktu odstąpienia od leczenia w dokumentacji medycznej i na egzemplarzu złożonej do niego deklaracji wyboru;
 - 3) zgłoszenia przypadku wraz z uzasadnieniem właściwemu ze względu na zawartą umowę Oddziałowi Funduszu.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 5.

Świadczeniodawca obowiązany jest do gromadzenia i przekazywania celem rozliczenia realizacji umowy następujących informacji:

- 1) w zakresach świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ, odpowiednio

do przedmiotu umowy:

- a) informacji o świadczeniobiorcach objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej POZ w formie list świadczeniobiorców, zawierającej każdorazowo aktualne informacje o wszystkich świadczeniobiorcach, których obejmuje opieką na podstawie deklaracji złożonych do osób udzielających świadczeń w ramach umowy,
 - b) informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy,
 - c) informacji o badaniach diagnostycznych wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ,
 - d) informacji o badaniach diagnostycznych i konsultacjach medycznych wykonanych w ramach świadczeń udzielonych przez położne POZ w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej, a także o edukacyjnych wizytach laktacyjnych udzielonych w trakcie wizyt patronażowych w opiece nad dzieckiem do ukończenia 2. miesiąca życia oraz kobietą w okresie połogu, zgodnie z okodowaniem wg Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych ICD-9;
- 2) w zakresie świadczeń pielęgniarki szkolnej:
- a) informacji o uczniach objętych przez Świadczeniodawcę opieką pielęgniarki szkolnej w szkołach, z którymi nawiązał współpracę, w formie list uczniów,
 - b) informacji o świadczeniach udzielonych w okresie realizacji umowy;
- 3) w zakresie świadczeń transportu sanitarnego w POZ – informacji o zrealizowanych przewozach.

§ 6.

1. Informacje, o których mowa w § 5 pkt 1 lit. b i d oraz w pkt 2 lit. b są przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Funduszu w formie elektronicznej comiesięcznie, w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (odpowiednio: komunikat XML typu: SWIAD „Komunikat szczegółowy NFZ świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych” lub typu ZBPOZ – „Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ”), w terminie do 10. dnia po upływie każdego okresu sprawozdawczego.
2. Informacje, o których mowa w § 5 pkt 1 lit. c zgodnie z wykazem określonym dla POZ w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy oraz zakresem określonym

w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, będą przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Funduszu w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz i zgodnie z okodowaniem określonym przez Fundusz w załączniku nr 3c do umowy „Wykaz badań diagnostycznych obowiązujący dla realizacji umowy o udzielanie świadczeń lekarza POZ wraz z okodowaniem dla celów sprawozdawczości” – komunikatem XML typu ZBPOZ – „Komunikat szczegółowy NFZ danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ”, w terminie do 20. dnia miesiąca następującego po upływie każdego półrocza roku kalendarzowego.

3. Wykazy świadczeń, o których mowa w § 5 pkt 1 lit. b i pkt 2 lit. b, odpowiednio do przedmiotu umowy, oraz typ komunikatu XML, którym informacja o zrealizowanych świadczeniach będzie przekazywana, określają załączniki nr 3a i 3b do umowy.
4. Zakres danych przekazywanych o świadczeniach wykonanych w okresie sprawozdawczym, odpowiednio do typu komunikatu XML, którym sprawozdawczość będzie realizowana, obejmuje dane określone w przepisach wydanych na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy, a ponadto:
 - 1) kod świadczenia nadany przez Fundusz;
 - 2) dla świadczeń udzielonych osobom spoza listy świadczeniobiorców danego Świadczeniodawcy zadeklarowanym odpowiednio do lekarza poz, pielęgniarki poz, położnej poz, zamieszkałym poza gminą własną i gminami sąsiadującymi z miejscem udzielania świadczeń, oraz dla świadczeń położnej poz udzielanych w przypadku ciąży wysokiego ryzyka z rozpoznanymi wadami rozwojowymi płodu, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 3 lit. c i lit. e, także kod jednostki chorobowej wg klasyfikacji ICD-10, będący przyczyną zrealizowanego świadczenia;
 - 3) dla udzielonych przez lekarza poz świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia oraz udzielonych przez położną poz świadczeń w Programie profilaktyki raka szyjki macicy – informacje zgodnie z wymogami SIMP.
5. W odniesieniu do świadczeń transportu sanitarnego w POZ, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 5 lit. b i c, Świadczeniodawca będzie przedstawiał Oddziałowi Funduszu w formie pisemnej, comiesięcznie wraz z rachunkiem, specyfikację wykonanych przewozów, ze wskazaniem liczby przejechanych kilometrów odrębnie dla każdego z nich.

§ 7.

1. Listy, o których mowa w § 5 pkt 1 lit. a i pkt 2 lit. a, będą przekazywane przez Świadczeniodawcę Oddziałowi Wojewódzkiemu Funduszu według wzoru i w formacie wymiany danych wymaganym przez Fundusz (komunikat XML typu DEKL - „Komunikat szczegółowy NFZ deklaracji POZ / KAOS”), w okresach miesięcznych, według stanu na pierwszy dzień okresu sprawozdawczego, w terminie do 7. dnia każdego okresu sprawozdawczego.
2. Dane dotyczące liczby świadczeniobiorców na liście, będących podopiecznymi DPS albo placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych lub resocjalizacyjnych, będą potwierdzane przynajmniej w styczniu i lipcu każdego roku, w terminach do dnia 7 stycznia i dnia 7 lipca, pisemną informacją sporządzoną zgodnie ze wzorem określonym załącznikiem nr 4 do umowy.
3. Dane dotyczące liczby uczniów na liście potwierdzane będą przynajmniej w marcu i październiku, w terminach do dnia 7 marca i dnia 7 października, podpisaną przez dyrektora szkoły pisemną informacją sporządzoną odrębnie dla każdej szkoły zgodnie z załącznikiem nr 5 do umowy.
4. Uwzględniając listy świadczeniobiorców przekazywane przez innych świadczeniodawców Oddział Funduszu weryfikuje listę przekazaną przez Świadczeniodawcę oraz przekazuje do ostatniego dnia każdego okresu sprawozdawczego potwierdzoną informację o liczbie świadczeniobiorców objętych opieką przez Świadczeniodawcę. Przekazana informacja stanowi podstawę do finansowania świadczeń za dany okres sprawozdawczy, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
5. Lista po przeprowadzonej weryfikacji, o której mowa w ust. 4, jest listą ostateczną za wyjątkiem sytuacji, gdy wyniki przeprowadzonej przez Fundusz kontroli wskażą na potrzebę jej ponownej weryfikacji.
6. W przypadku występowania danych identyfikacyjnych tego samego świadczeniobiorcy na listach świadczeniobiorców przedstawionych przez więcej niż jednego świadczeniodawcę, w tym z innego województwa, Oddział Funduszu przyporządkowuje świadczeniobiorcę na podstawie ostatniej deklaracji, zawierającej najpóźniejszą datę dokonania wyboru.
7. W przypadku pozostawiania tych samych uczniów na listach różnych

świadczeniodawców Fundusz zastrzega sobie prawo wstrzymania finansowania za wskazanych uczniów do czasu wyjaśnienia zaistniałych rozbieżności.

§ 8.

W przypadku, gdy świadczeniobiorca po raz trzeci i każdy kolejny w danym roku kalendarzowym dokonuje wyboru świadczeniodawcy, lekarza poz, pielęgniarki poz lub położnej poz, Świadczeniodawca informuje świadczeniobiorcę o obowiązku wniesienia z tego tytułu na rzecz właściwego Oddziału Funduszu opłaty w wysokości 80 zł, z wyjątkiem wystąpienia okoliczności, o których mowa w art. 6 ust. 3 i art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

§ 9.

W przypadku zmian w formacie wymiany danych, o którym mowa w § 6 ust. 1 i 2 oraz w § 7 ust. 1 lub zmian w zakresie danych wymagalnych, Fundusz powiadomi świadczeniodawców z wyprzedzeniem, co najmniej jednego pełnego okresu sprawozdawczego.

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ

§ 10.

1. Dla finansowania świadczeń lekarza POZ, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
 - 1) miesięczną stawkę kapitacyjną:
 - a) w wysokości 12,85 zł (*słownie: dwanaście zł osiemdziesiąt pięć gr*) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 15 ust. 2 zarządzenia w sprawie POZ – od dnia 1 listopada 2018 r.;
 - b) w wysokości 13,05 zł (*słownie: trzynaście zł pięć gr*) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 15 ust. 2 zarządzenia w sprawie POZ – od dnia 1 czerwca 2019 r.;
 - c) w wysokości 13,25 zł (*słownie: trzynaście zł dwadzieścia pięć gr*) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców

określonych w § 15 ust. 2 zarządzenia w sprawie POZ – od dnia 1 października 2019 r.;

- 2) opłatę za poradę w wysokości 49,00 zł (*słownie: czterdzieści dziewięć zł zero gr*) udzieloną w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 1 lit. b i c;
 - 3) opłatę za świadczenie w wysokości 110,00 zł (*słownie: sto dziesięć zł zero gr*) udzielone w ramach profilaktyki chorób układu krążenia;
 - 4) opłatę za poradę w wysokości 20,00 zł (*słownie: dwadzieścia zł zero gr*) udzieloną w ramach kwalifikacji do realizacji świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ;
 - 5) opłatę za poradę w wysokości 50,00 zł (*słownie: pięćdziesiąt zł zero gr*) związaną z wydaniem karty DiLO.
2. Dla finansowania świadczeń pielęgniarki POZ, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
- 1) miesięczną stawkę kapitałową w wysokości 3,40 zł (*słownie: trzy zł czterdzieści gr*) z uwzględnieniem współczynników korygujących dla grup świadczeniobiorców określonych w § 19 ust. 2 zarządzenia w sprawie POZ;
 - 2) opłatę za świadczenie w wysokości 13,00 zł (*słownie: trzynaście zł zero gr*) udzielone w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 2 lit. b i c;
 - 3) opłatę za świadczenie w wysokości 5,00 zł (*słownie: pięć zł zero gr*) udzielone przez pielęgniarkę POZ w ramach profilaktyki gruźlicy.
3. Dla finansowania świadczeń położnej POZ, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:
- 1) miesięczną stawkę kapitałową w wysokości 2,22 zł (*słownie: dwa zł dwadzieścia dwa gr*);
 - 2) opłatę za wizytę w wysokości 31,00 zł (*słownie: trzydzieści jeden zł zero gr*) udzieloną w edukacji przedporodowej;
 - 3) opłatę za wizytę w wysokości 46,50 zł (*słownie: czterdzieści sześć zł pięćdziesiąt gr*) udzieloną w edukacji przedporodowej – wada letalna płodu;
 - 4) opłatę za wizytę w wysokości 29,00 zł (*słownie: dwadzieścia dziewięć zł zero gr*) zrealizowaną w ramach wizyt patronażowych;

- 5) opłatę za wizytę w wysokości 39,00 zł (*słownie: trzydzieści dziewięć zł zero gr*) zrealizowaną w ramach wizyt patronażowych/ wizyt w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu;
- 6) opłatę za wizytę w wysokości 15,00 zł (*słownie: piętnaście zł zero gr*) udzieloną w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych;
- 7) opłatę za świadczenie w wysokości 13,00 zł (*słownie: trzynaście zł zero gr*) udzielone w stanach zachorowań świadczeniobiorcom, o których mowa w § 1 ust. 1 pkt 3 lit. g i h;
- 8) opłatę za pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) wykonane przez ramach świadczeń położnej POZ w Programie profilaktyki raka szyjki macicy;
- 9) opłatę za wizytę w okresie do 10. tyg. ciąży w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) wykonaną przez położną POZ w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;
- 10) opłatę za wizytę w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) wykonaną przez położną POZ w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;
- 11) opłatę za wizytę w okresie od 15. do 20. tyg. ciąży w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) wykonaną przez położną POZ w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;
- 12) opłatę za wizytę w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) wykonaną przez położną POZ w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;
- 13) opłatę za wizytę w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) wykonaną przez położną POZ w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;
- 14) opłatę za wizytę w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) wykonaną przez położną POZ w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;
- 15) opłatę za wizytę w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) wykonaną przez położną POZ w opiece nad kobietą w przypadku

prowadzenia ciąży fizjologicznej;

16) opłatę za wizytę w okresie po 40. tyg. ciąży w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) wykonaną przez położną POZ w opiece nad kobietą w przypadku prowadzenia ciąży fizjologicznej;

17) opłatę za wizytę w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) związaną z wykonaniem Holtera RR.

4. Na realizację świadczeń pielęgniarki szkolnej, stanowiących przedmiot umowy, ustala się:

1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) z uwzględnieniem współczynników korygujących, zgodnie z § 27 ust. 2 zarządzenia w sprawie POZ;

2) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) na realizację programu profilaktyki fluorkowej dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych, w szkołach objętych opieką przez świadczeniodawcę.

5. Na realizację świadczeń transportu sanitarnego w POZ ustala się:

1) miesięczną stawkę kapitacyjną w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) w odniesieniu do realizacji przewozów w ramach gotowości;

2) opłatę ryczałtową za przewóz w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) w odniesieniu do realizacji przewozów na odległość „tam i z powrotem” od 121 km do 400 km;

3) opłatę ryczałtową za przewóz w wysokości 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*) powiększoną o iloczyn liczby przejechanych kilometrów ponad dystans 400 km i opłaty za kilometr ustalonej na 0,00 zł (*słownie: zero zł zero gr*), w odniesieniu do realizacji przewozów na odległość „tam i z powrotem” wynoszącą powyżej 400 km.

§ 11.

1. Miesięczna stawka kapitacyjna lub opłata wskazana w § 10, dla której przyjęto wartość 0 zł (*słownie: zero złotych*) oznacza, że przedmiot umowy nie obejmuje realizacji świadczeń dla których jest ustalana.

2. W przypadku stawek, o których mowa w § 10 ust. 2 pkt 1, ust. 3 pkt 1 oraz ust. 4 pkt 1, obejmują one kwoty wynikające z przekazania środków finansowych na wzrost

finansowania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki, położne oraz higienistki szkolne, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, w tym od września 2018 r.:

- 1) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 2 pkt 1 – kwotę w wysokości 0,84 zł (słownie: zero, 84/100 złotych);
 - 2) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 3 pkt 1 – kwotę w wysokości 0,88 zł (słownie: zero, 88/100 złotych);
 - 3) w przypadku stawki określonej w § 10 ust. 4 pkt 1 – kwotę w wysokości 2,74 zł (słownie: dwa, 74/100 złotych).
3. Uzyskane środki, o których mowa w ust. 2, należy przeznaczyć na wzrost wynagrodzeń odpowiednio: pielęgniarek, położnych, pielęgniarek lub higienistek szkolnych udzielających świadczeń w ramach realizacji umowy, zgodnie z przepisami o których mowa w ust. 2.

§ 12.

1. W celu potwierdzenia przeznaczenia środków, o których mowa w § 11 ust. 2, zgodnie z postanowieniami § 11 ust. 3, świadczeniodawcy przekazują do Oddziału Funduszu comiesięcznie, wraz z dokumentami rozliczeniowymi z realizacji umowy, oświadczenie zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do umowy; nieprzeznaczenie uzyskanych środków zgodnie z postanowieniami, o których mowa w § 11 ust. 3, skutkuje obowiązkiem ich zwrotu na podstawie noty księgowej wystawionej przez Oddział Funduszu oraz nałożeniem kary umownej w wysokości do 5% wartości tych środków.
2. Postanowienia ust. 1, nie dotyczą świadczeniodawców będących osobami fizycznymi, udzielającymi świadczeń w formie indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i praktyk położnych oraz prowadzących przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego i jednoosobowo udzielających w nim świadczeń.

§ 13.

1. Kwoty określone w § 10, obowiązują w okresie od dnia 01-05-2019 r. do dnia 31-12-2019.

2. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń, wypłacana będzie przez Oddział Funduszu na rachunek bankowy Świadczeniodawcy:
nr rachunku: 90 8039 0006 0000 0000 0455 0002
3. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 1, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi załącznik nr 7 do umowy.
4. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przestać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia lub System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki - w przypadku świadczeń rozliczanych za pośrednictwem tej aplikacji, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa NFZ, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

KARY UMOWNE

§ 14.

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz.1844) finansowanych w całości lub w części przez Narodowy Fundusz Zdrowia, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.

4. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 3, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15.

1. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 45-dniowym okresem wypowiedzenia.
2. Każdorazowa zmiana postanowień umowy wymaga zgodnego oświadczenia woli stron tej umowy.
3. Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 16.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów oraz przepisy rozporządzeń, o których mowa w § 1 ust. 5.

§ 17.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 18.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy

Załącznik nr 1 – Harmonogram - zasoby

Załącznik nr 2 – Wykaz podwykonawców

Załącznik nr 3a – Wykaz świadczeń POZ obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów o udzielanie świadczeń lekarza POZ, pielęgniarki POZ, położnej POZ sprawozdawanych komunikatem XML typu „SWIAD” albo – w przypadku świadczeń profilaktyki chorób układu krążenia – w systemie informatycznym monitorowania profilaktyki (SIMP)

Załącznik nr 3b – Wykaz świadczeń POZ obowiązujący dla sprawozdań z realizacji umów

o udzielanie świadczeń pielęgniarki POZ, położnej POZ, pielęgniarki szkolnej oraz transportu sanitarnego w POZ, sprawozdawanych komunikatem XML typu „ZBPOZ”

Załącznik nr 3c – Wykaz badań diagnostycznych obowiązujący dla realizacji umowy o udzielanie świadczeń lekarza POZ wraz z okodowaniem dla celów sprawozdawczości”

Załącznik nr 4 – Wzór informacji o liczbie podopiecznych DPS, placówek socjalizacyjnych, interwencyjnych, resocjalizacyjnych objętych przez świadczeniodawcę świadczeniami lekarza POZ/pielęgniarki POZ

Załącznik nr 5 – Wzór informacji o liczbie uczniów objętych opieką przez świadczeniodawcę świadczeniami pielęgniarki szkolnej

Załącznik nr 6 – Oświadczenie o przeznaczeniu środków na zwiększenie finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki POZ, położne POZ, pielęgniarki/higienistki szkolne

Załącznik nr 7 – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego.

DYREKTOR
Samodzielnego Publicznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Międzyrzeczu Podlaskim
.....
mgr Wiesław Zaniewicz
.....
Świadczeniodawca

Podpisy stron

.....
DYREKTOR
Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
.....
Karol Tarkowski
Oddział Funduszu

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w MIĘDZYRZECU PODLASKIM
21-560 Międzyrzec Podlaski ul. Warszawska 2-4
Nr. Rej. 00000002958
tel. 83 371 40 11 fax 83 371 83 55
Regon 000004400 NIP 520-15-94-367

0010013	APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI	2	W miesiącu	2019-04-01	2019-12-31	-
---------	---	---	------------	------------	------------	---

IV. Pojazdy						
Nr pojazdu	Nazwa pojazdu(b)	Nr rejestracyjny(c)	Rok produkcji(d)	Dostępny od(e)	Dostępny do(f)	Status D.M.U.*

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń(b)	Zakres świadczeń(c)	Kod miejsca udzielenia świadczeń(d)	Nazwa miejsca udzielenia świadczeń(e)	Adres miejsca udzielenia świadczeń(f)	Część VII kodu resortowego(g)	Część VIII kodu resortowego(h)	Profil IX - X cz. kodu res.(i)
3	01.0032.147.01	ŚWIADCZENIA PIELĘGNIARKI POZ	31656	GABINET PIELĘGNIARKI POZ	21-302 KAKOLEWNICA ul. KSIĘDZA ALEKSANDRA KORNIŁAKA 6	063	0032	HC.1.3.1., 20

I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń									
Harmonogram									
poniedziałek(a)	wtorek(b)	środa(c)	czwartek(d)	piątek(e)	sobota(f)	niedziela(g)	Obowiązuje od(h)	Obowiązuje do(i)	Status D.M.U.*
8:00 - 18:00	8:00 - 18:00	8:00 - 18:00	8:00 - 18:00	8:00 - 18:00			2019-03-01	2019-12-31	-

II. Personel							
Nr karty wyróżnik osoby(a)	Nazwisko(b)	Imię(c)	Płeć(d)	Okres udzielania świadczeń w ramach umowy od (e) do (e)		Status D.M.U.*	
49663	BOŻWIK	WIESŁAWA	67052002466	2019-04-01	2019-12-31	-	
Uprawnienia zawodowe							
PIELĘGNIARKA					Nr Prawa Wsk. Zawod(p)		
					0101313P		
Zawód-specjalność							
PIELĘGNIARKA					Stopień spec.(s)	Data uzyskania(t)	Data otwarcia(u)
					brak spec.		
Kompetencje							
PIELĘGNIARSTWO ZACHOWAWCZE (KURS KWALIFIKACYJNY)					Data uzyskania(y)		
					2013-08-14		
KURS SPECJALISTYCZNY W ZAKRESIE WYKONYWANIA I INTERPRETACJI ZAPISU ELEKTROKARDIOGRAFICZNEGO					2013-06-25		
KURS SPECJALISTYCZNY W ZAKRESIE PIELĘGNOWANIA PACJENTA DOROSŁEGO WENTYLOWANEGO MECHANICZNIE					2017-09-13		
PIELĘGNIARSTWO KURSA Z ZAKRESU WYKONYWANIA SZCZEPień OCTYRONNYCH					2018-06-29		
KURS SPECJALISTYCZNY W ZAKRESIE RESUSCYTACJI KRAŻENIOWO-ODDECHOWEJ					2017-06-30		
Doświadczenie zawodowe(z)							
Nr karty wyróżnik osoby(a)	Nazwisko(b)	Imię(c)	Płeć(d)	Okres udzielania świadczeń w ramach umowy od (e) do (e)		Status D.M.U.*	
26298	JAKUBIUK	ANNA	64100108161	2019-04-01	2019-12-31	-	
Uprawnienia zawodowe							
PIELĘGNIARKA					Nr Prawa Wsk. Zawod(p)		
					0100904P		
Zawód-specjalność							
PIELĘGNIARKA					Stopień spec.(s)	Data uzyskania(t)	Data otwarcia(u)
					brak spec.		
Kompetencje							
PIELĘGNIARSTWO PRZEWEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH (KURS KWALIFIKACYJNY)					Data uzyskania(y)		
					2001-02-20		
Doświadczenie zawodowe(z)							
STAŻ W LECZNICTWIE STACJONARNYM CO NAJMNIEJ 1 ROK							
STAŻ PRACY W ZAWODZIE CO NAJMNIEJ 6 LAT Z UWZGLĘDNIENIEM CZASU TRWANIA STAŻU PODYPLOMOWEGO							

DOŚWIADCZENIE W PIELĘGNACJI CHORYCH W WARUNKACH ODDZIAŁU SZPITALNEGO - MIN 3 LATA

III. Sprzęt								
Nr karty 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.*
0010338	WAGA MEDYCZNA ZE WZROSTOMIERNICZYM	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010236	TELEFON	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010479	WYPOSAŻENIE GABINETU PIELĘGNIARKI POZ	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010480	NESESER PIELĘGNIARSKI Z WPOSAŻENIEM	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010542	ZESTAW DO WYKONYWANIA ZABIEGÓW I OPATRUNKÓW	5		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010523	ZESTAW PRZECIWCIWISTEZ ZBOWY	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010013	APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010366	WAGA ŁOŻKOWA	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010509	ZESTAW NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH	2		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010547	ZESTAW DO WYKONYWANIA ZABIEGÓW I CZYNNOŚCI HIGIENICZNO-PIELĘGNACYJNYCH	2		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010013	APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010073	GLIŃKOMETR	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010238	TERMOMETR	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010208	STETOSKOP LEKARSKI	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010545	TESTY DO OZNACZANIA POZIOMI CUKRU WE KRWI	1		W miesiącu		2019-04-01	2019-12-31	-

IV. Pojazdy						
Nr pojazdu	Nazwa pojazdu(b)	Nr rejestracyjny(c)	Rok produkcji(d)	Dostępny od(e)	Dostępny do(f)	Status D.M.U.*

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń(b)	Zakres świadczeń(c)	Kod miejsca udzielenia świadczeń(d)	Nazwa miejsca udzielenia świadczeń(e)	Adres miejsca udzielenia świadczeń(f)	Część VII kodu resortowego(g)	Część VIII kodu resortowego(h)	Profil IX - X cz. kodu res.(i)
4	01.0034.010.01	ŚWIADCZENIA POŁOŻNEJ POZ	51657	GABINET POŁOŻNEJ POZ	21-302 KAKOLEWNICA ul. KSIĘDZA ALEKSANDRA KORNIŁAKA 6	064	0034	HC.1.3.1., 102

I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń									
Harmonogram									
poniedziałek(a)	wtorek(b)	środa(c)	czwartek(d)	piątek(e)	sobota(f)	niedziela(g)	Obowiązuje od(h)	Obowiązuje do(i)	Status D.M.U.*
8:00 - 15:00	8:00 - 15:00	8:00 - 15:00	8:00 - 15:00	8:00 - 15:00			2019-05-01	2019-12-31	-

II. Personel							
Nr karty wyróżnik osoby(a)	Nazwisko(b)	Imię(c)	Płeć(d)	Okres udzielania świadczeń w ramach umowy od (e) do (e)		Status D.M.U.*	
26996	MARCINIUK	IWONA	64030207365	2019-04-01	2019-12-31	-	
Uprawnienia zawodowe							
POŁOŻNA					Nr Prawa Wsk. Zawod(p)		
					0100087A		
Zawód-specjalność							
POŁOŻNA - SPECJALISTA ORGANIZACJI I ZARZĄDZANIA					Stopień spec.(s)	Data uzyskania(t)	Data otwarcia(u)
					specjalista		
					2000-11-24		
Kompetencje							
UMIĘTNOŚCI POBIERANIA ROZMIAZÓW CYTOLOGICZNYCH DLA POTRZEB PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY (KURS DOKSZTAŁCĄCY ORGANIZOWANY PRZEZ CENTRALNY LAB WUDOWOZKI OŚRODEK KOORDYNUJĄCY PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY)					Data uzyskania(y)		
					2006-07-31		

Doświadczenie zawodowe(z)

STAZ PRACY W ZAWODZIE CO NAJMNIEJ 5 LAT Z UWZGLĘDNIENIEM CZASU TRWANIA STAZU PODYPLOMOWEGO
DOŚWIADCZENIE W PRACY W ODDZIALE ZGODNYM Z PROFILEM ŚWIADCZENIA - CO NAJMNIEJ 5 LAT

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.*
0010481	WYPOSAŻENIE GABINETU POŁOŻNEJ POZ	1		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010482	NESEER POŁOŻNEJ Z WYPOSAŻENIEM	1		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010236	TELEFON	1		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010545	TESTY DO OZNACZANIA POZIOMY CUKRU W KRWI	1		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010366	WAGA ŁOŻKOWA	1		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010323	ZESTAW PRZECIWWSTRZASOWY	1		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010542	ZESTAW DO WYKONYWANIA ZABIEGÓW I OPATRUNKÓW	2		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010338	WAGA MEDYCZNA ZE WZROSTOMIERNIEM	1		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010013	APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TĘTNICZEGO KRWI	1		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010071	GLUKOMETR	1		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010509	ZESTAW NARZĘDZI CHIRURGICZNYCH	2		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-
0010208	STETOSKOP LEKARSKI	1		W miejscu		2019-04-01	2019-12-31	-

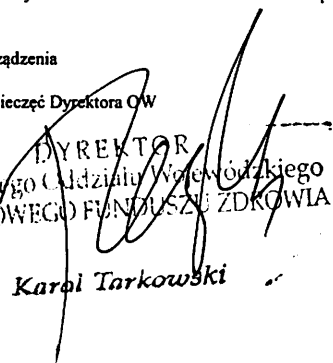
IV. Pojazdy						
Unikalny wyróżnik pojazdu(a)	Nazwa pojazdu(b)	Nr rejestracyjny(c)	Rok produkcji(d)	Dostępny od(e)	Dostępny do(f)	Status D.M.U.*

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

** wypełniany dla umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW


 DYREKTOR
 Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
 NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Karol Tarkowski


 DYREKTOR
 Samodzielnego Publicznego
 Zakładu Opieki Zdrowotnej
 w Międzyzrecu Podlaskim
 podpis i pieczęć Świadczeniodawcy
 SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
 W MIĘDZYZRZECU PODLASKIM
 21-560 Międzyzrzec Podlaski ul. Warszawska 2-4
 Nr. Rej. 000000002958
 tel. 83 371 40 11 fax 83 371 83 55
 Regon 000584484 NIP 538-15-94-357

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
Załącznik nr 2 do umowy nr 03-00-00414-19-04 (03-19-01-00414-01)
rodzaj świadczeń: PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY	030000418		
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W RADZYNIU PODLASKIM		
Adres siedziby	21-300 RADZYN PODLASKI ul. WISZNICKA 111		
Kod terytorialny i nazwa	00615011 RADZYN PODLASKI		
REGON	000308407	NIP	5381594311
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	0100 - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	MAREK ZAWADA	Telefon	83 4132267
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru	WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ PODMIOTÓW LECZNICZYCH	Nr wpisu do rejestru	00000002951
Organ rejestrujący	Wojewoda Lubelski	Data wpisu	1993-03-22
		Data ostatniej aktualizacji	2015-11-06
Rodzaj rejestru	WPIS DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO	Nr wpisu do rejestru	0000001707
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy	Data wpisu	2001-02-23
		Data ostatniej aktualizacji	2013-09-18
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2007-06-12	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Usługa/i
Opis przedmiotu podwykonawstwa	DIAGNOSTYKA OBRAZOWA - TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA		

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY	030005560		
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa	"MAZOWIECKI SZPITAL WOJEWÓDZKI W SIEDLCACH" SPÓŁKA Z O.O.		
Adres siedziby	08-110 SIEDLCE ul. PONIATOWSKIEGO 26		
Kod terytorialny i nazwa	01464011 SIEDLCE		
REGON	141944750	NIP	8212577607
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	1310 - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ Z UDZIAŁEM SKARBU PAŃSTWA ALBO JEDNOSTKI SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO		
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	WOJCIECH KASZYŃSKI	Telefon	(25) 64 03 214
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru	WPIS DO REJESTRU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNYCH WOJEWODY	Nr wpisu do rejestru	14-03509
Organ rejestrujący	Wojewoda Mazowiecki	Data wpisu	2010-12-20
		Data ostatniej aktualizacji	2011-06-30
Rodzaj rejestru	WPIS DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO	Nr wpisu do rejestru	0000336825
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy	Data wpisu	2011-12-29
		Data ostatniej aktualizacji	2012-01-16
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2019-01-01	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2020-12-31	Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Usługa/i
Opis przedmiotu podwykonawstwa	BADANIA MRI		

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY	030004141		
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa	THEHE 444		
Adres siedziby	11-111 ABISYNIA ul. FGWEG 8		
Kod terytorialny i nazwa	02214025 GNIEW		
REGON	030277741	NIP	5371962279
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	1300 - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	JAN KOWALSKI	Telefon	3213131
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru	WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ	Nr wpisu do rejestru	dasdad
Organ rejestrujący	BOLESŁAWIEC	Data wpisu	2010-01-01
		Data ostatniej aktualizacji	2011-11-02
Rodzaj rejestru	WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ PODMIOTÓW LECZNICZYCH	Nr wpisu do rejestru	123456789012
Organ rejestrujący	Wojewoda Lubelski	Data wpisu	2015-11-02
		Data ostatniej aktualizacji	2015-11-19
Rodzaj rejestru	WPIS DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO	Nr wpisu do rejestru	55555
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy	Data wpisu	2015-11-02
		Data ostatniej aktualizacji	2015-11-19
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa	UMOWA		

Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2007-11-07	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Usługa/i
Opis przedmiotu podwykonawstwa	USLUGI PROTETYCZNE		

UNIKALNY WYRÓZNIK PODWYKONAWCY	030005372		
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa	INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WIESŁAWA BOŻENA MARCZUK		
Adres siedziby	08-110 SIEDLCE ul. JANUSZA KORCZAKA 16		
Kod terytorialny i nazwa	01464011 SIEDLCE		
REGON	712494258	NIP	8211422417
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	0700 - DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA PROWADZONA PRZEZ OSOBĘ FIZYCZNĄ		
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	WIESŁAWA MARCZUK	Telefon	502135597
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru	WPIS DO REJESTRU IZBY LEKARSKIEJ	Nr wpisu do rejestru	68-99-1-162
Organ rejestrujący	Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie	Data wpisu	2007-03-21
		Data ostatniej aktualizacji	2007-03-21
Rodzaj rejestru	WPIS DO CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ	Nr wpisu do rejestru	000000107410
Organ rejestrujący	MINISTER GOSPODARKI	Data wpisu	2011-12-15
		Data ostatniej aktualizacji	2016-07-15
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2017-01-01	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Zakres/y świadczeń
Opis przedmiotu podwykonawstwa	BADANIA EMG		

UNIKALNY WYRÓZNIK PODWYKONAWCY	030003118		
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa	KOLUMNA TRANSPORTU SANITARNEGO TRIOMED SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
Adres siedziby	20-064 LUBLIN ul. POLNOČNA 22A		
Kod terytorialny i nazwa	00663011 LUBLIN		
REGON	432682717	NIP	9462402424
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	1300 - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	GRZEGORZ PSZCZOLA	Telefon	814441111
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru	WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ PODMIOTÓW LECZNICZYCH	Nr wpisu do rejestru	000000021115
Organ rejestrujący	Wojewoda Lubelski	Data wpisu	2007-01-05
		Data ostatniej aktualizacji	2018-10-17
Rodzaj rejestru	WPIS DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO	Nr wpisu do rejestru	0000182633
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy	Data wpisu	2003-12-09
		Data ostatniej aktualizacji	2018-10-01
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2018-02-01	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2021-01-01	Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Usługa/i
Opis przedmiotu podwykonawstwa	TRANSPORT SPECJALISTYCZNY, SANITARNY ORAZ PRZEWÓZ MATERIAŁÓW BIOLOGICZNYCH		

UNIKALNY WYRÓZNIK PODWYKONAWCY	030000417		
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa	WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W BIAŁEJ PODLASKIEJ		
Adres siedziby	21-500 BIAŁA PODLASKA ul. TEREBELSKA 57-65		
Kod terytorialny i nazwa	00661011 BIAŁA PODLASKA		
REGON	000676708	NIP	5371960760
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	0100 - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ		
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	DARIUSZ OLEŃSKI	Telefon	83-414-72-11
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru	WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ PODMIOTÓW LECZNICZYCH	Nr wpisu do rejestru	000000002999
Organ rejestrujący	Wojewoda Lubelski	Data wpisu	2014-02-06
		Data ostatniej aktualizacji	2014-02-18
Rodzaj rejestru	WPIS DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO	Nr wpisu do rejestru	0000136017
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy	Data wpisu	2002-10-21
		Data ostatniej aktualizacji	2014-11-27
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2016-01-01	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2019-12-31	Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Świadczenie/a

Opis przedmiotu podwykonawstwa	DIAG. ANALIT. I MIKROBIOL., HISTOPAT., OBRAZOWA (RTG, USG Z WYL. USG DOPPLER, TK, RM, MAMMOGRAFIA), DIAG. ELEKTROGRAFICZNA NEUROLOG. (EEG, EMG), KRIOTERAPIA GIN., SEROLOGIA, BRONCHOSKOPIA, DENSYTOMETRIA		
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2016-01-01	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2019-12-31	Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Usługa/i
Opis przedmiotu podwykonawstwa	HEMODIALIZACJA PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH		
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2010-07-07	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Usługa/i
Opis przedmiotu podwykonawstwa	ZAPEWNIENIE CIĄGŁOŚCI POSTĘPOWANIA I SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII PACJENTOM KIEROWANYM WG WSKAZAN KLINICZNYCH		
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2017-03-21	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Usługa/i
Opis przedmiotu podwykonawstwa	ZAPEWNIENIE CIĄGŁOŚCI POSTĘPOWANIA I SPECJALISTYCZNEGO LECZENIA W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII PACJENTOM KIEROWANYM WG WSKAZAN KLINICZNYCH		
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2015-01-01	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2019-12-31	Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Świadczenie/a
Opis przedmiotu podwykonawstwa	DIAG. ANALIT. I MIKROBIOL., HISTOPAT., OBRAZOWA (RTG, USG Z WYL. USG DOPPLER, TK, RM, MAMMOGRAFIA), DIAG. ELEKTROGRAFICZNA NEUROLOG. (EEG, EMG), KRIOTERAPIA GIN., SEROLOGIA, BRONCHOSKOPIA, DENSYTOMETRIA		
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2015-01-01	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2019-12-31	Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Usługa/i
Opis przedmiotu podwykonawstwa	HEMODIALIZACJA PACJENTÓW HOSPITALIZOWANYCH		

UNIKALNY WYRÓZNIK PODWYKONAWCY	030003475		
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa	NIEPUBL. ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ZAKŁAD PATOMORFOLOGII ALFAMED S.C EDWARD ĆWIERZ, MACIEJ ĆWIERZ		
Adres siedziby	22-400 ZAMOŚĆ ul. AL. JANA PAWŁA II 10		
Kod terytorialny i nazwa	00664011 ZAMOŚĆ		
REGON	951195444	NIP	9222616999
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	0800 - SPÓŁKA CYWILNA		
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	EDWARD ĆWIERZ	Telefon	84 677-30-42
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru	WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ PODMIOTÓW LECZNICZYCH	Nr wpisu do rejestru	00000003690
Organ rejestrujący	Wojewoda Lubelski	Data wpisu	2003-05-20
		Data ostatniej aktualizacji	2017-11-13
Rodzaj rejestru	WPIS DO CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ	Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący	MINISTER GOSPODARKI	Data wpisu	0001-01-01
		Data ostatniej aktualizacji	2017-11-13
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2006-11-02	Pozycja/e umowy	1, 2, 3, 4
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Zakres/y świadczeń
Opis przedmiotu podwykonawstwa	WYKONANIE I OCENA BADAŃ HISTOPATOLOGICZNYCH I CYTOLOGICZNYCH.		

Data sporządzenia

Podpis i pieczęć Dyrektora OW

Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Karol Tarkowski

podpis Dyrektora
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Międzyrzeczu Podlaskim

mgr Wiesław Zontewicz

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w MIĘDZYRZECZU PODLASKIM

21-560 Międzyrzec Podlaski ul. Warszawska 2-4

Nr. Rej. 00000002958

tel. 83 371 40 11 fax 83 371 83 55

Regon 000684484 NIP 538-15-94-357

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ POZ
OBOWIAZUJĄCY DLA SPRAWOZDAŃ Z REALIZACJI UMÓW
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARZA POZ, PIELĘGNIARKI POZ, POŁOŻNEJ POZ
SPRAWOZDAWANYCH KOMUNIKATEM XML TYPU „SWIAD”
ALBO – W PRZYPADKU ŚWIADCZEŃ PROFILAKTYKI CHOROÓB UKŁADU KRAŻENIA ORAZ
ŚWIADCZEŃ POŁOŻNEJ POZ W PROGRAMIE PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY -
W SYSTEMIE INFORMATYCZNYM MONITOROWANIA PROFILAKTYKI (SIMP)**

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ ¹	Nazwa jednostki sprawozdawanej
1.	Świadczenia lekarza poz	
1.1	5.01.00.0000121	porada lekarska udzielona w miejscu udzielania świadczeń (<i>wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10; porada finansowana w ramach kapitaacji</i>)
1.2	5.01.00.0000122	porada lekarska udzielona w domu pacjenta (<i>wymagane rozpoznanie wg kodu klasyfikacji ICD-10; porada finansowana w ramach kapitaacji</i>)
1.3	5.01.00.0000046	porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub osobie spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa
1.4	5.01.00.0000047	porada lekarska udzielona osobie spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji
1.5	5.01.00.0000048	świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia
1.6	5.01.00.0000051	porada kwalifikacyjna do transportu sanitarnego „dalekiego” w poz
1.7	5.01.00.0000079	porada lekarska udzielona świadczeniobiorcy innemu niż ubezpieczony uprawnionemu do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy lub wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowcowi posiadającemu ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
1.8	5.01.00.0000102	porada patronażowa lekarza poz zrealizowana w miejscu udzielania świadczeń
1.9	5.01.00.0000103	porada patronażowa lekarza poz zrealizowana w domu świadczeniobiorcy
1.10	5.01.00.0000104	bilans zdrowia ²
1.11	5.01.00.0000001	porada lekarska związana z wydaniem karty DiLO
2.	Świadczenia pielęgniarki poz	
2.1	5.01.00.0000107	wizyta patronażowa pielęgniarki poz
2.2	5.01.00.0000054	świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów pod objaśnieniami
2.3	5.01.00.0000052	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa
2.4	5.01.00.0000053	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji
2.5	5.01.00.0000080	świadczenie pielęgniarki poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osoby uprawnionej wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowca posiadającego ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
3.	Świadczenia położnej poz	
3.1	5.01.00.0000089	wizyta patronażowa położnej poz
3.2	5.01.00.0000123	wizyta patronażowa położnej poz / wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu

3.3	5.01.00.0000110	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży
3.4	5.01.00.0000124	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 21 do 31 tygodnia ciąży – wada letalna płodu
3.5	5.01.00.0000111	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania
3.6	5.01.00.0000125	wizyta w edukacji przedporodowej u kobiety w okresie od 32 tygodnia ciąży do terminu rozwiązania – wada letalna płodu
3.7	5.01.00.0000091	wizyta w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych
3.8	5.01.00.0000055	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie tego samego województwa ale poza gminą własną i sąsiadującymi z tym miejscem lub u osoby spoza listy świadczeniobiorców zamieszkałej na terenie innego województwa
3.9	5.01.00.0000056	świadczenie położnej poz zrealizowane u osoby spoza listy świadczeniobiorców uprawnionej na podstawie przepisów o koordynacji
3.10	5.01.00.0000081	świadczenie położnej poz zrealizowane u świadczeniobiorcy innego niż ubezpieczony, zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2-4 oraz art. 54 ustawy, osoby uprawnionej wyłącznie na podstawie przepisów, o których mowa w art. 12 pkt 6 i 9 ustawy lub obcokrajowca posiadającego ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej
3.11	5.01.00.0000116	świadczenie położnej poz - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego
3.12	5.01.00.0000131	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży
3.13	5.01.00.0000132	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży
3.14	5.01.00.0000133	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 15. do 20. tyg. ciąży
3.15	5.01.00.0000134	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 21. do 26. tyg. ciąży
3.16	5.01.00.0000135	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 27. do 32. tyg. ciąży
3.17	5.01.00.0000136	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży
3.18	5.01.00.0000137	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży
3.19	5.01.00.0000138	wizyta położnej poz w prowadzeniu ciąży fizjologicznej w okresie po 40. tyg. ciąży
3.20	5.01.00.0000139	wizyta położnej poz związana z wykonaniem Holtera RR

Objaśnienia:

- 1) kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania
2) świadczenie kompleksowe obejmujące poradę lekarską udzieloną w związku z badaniem

Słownik efektów udzielanych świadczeń w ramach profilaktyki gruźlicy

Kod efektu	Nazwa efektu
2011	pacjent skorzystał z edukacji zdrowotnej w ramach świadczenia
2012	pacjent zakwalifikowany do grupy umiarkowanego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2013	pacjent zakwalifikowany do grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę
2014	pacjent przekazany celem dalszej diagnostyki i leczenia lekarzowi poz

**WYKAZ ŚWIADCZEŃ POZ OBOWIĄZUJĄCY DLA SPRAWOZDAŃ Z REALIZACJI
UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ
PIELĘGNIARKI POZ, POŁOŻNEJ POZ, PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ, TRANSPORTU
SANITARNEGO W POZ
SPRAWOZDAWANYCH KOMUNIKATEM XML TYPU „ZBPOZ”**

L.p.	Kod świadczenia wg NFZ ¹	Nazwa jednostki sprawozdawanej	Uwagi
1	Świadczenia pielęgniarstwa poz		
1.1	100202	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	Nie należy uwzględniać wizyt sprawozdanych komunikatem „SWIAD”
1.2	100203	liczba pozostałych wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie pielęgniarstwa poz	
1.3	100204	liczba pozostałych świadczeń profilaktycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	Nie należy uwzględniać świadczeń zrealizowanych w ramach wizyt patronażowych sprawozdanych komunikatem „SWIAD” oraz wykazanych komunikatem typu „ZBPOZ” w pozycji oznaczonej kodem 100210
1.4	100205	liczba świadczeń diagnostycznych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	
1.5	100206	liczba świadczeń pielęgnacyjnych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	
1.6	100207	liczba świadczeń leczniczych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	
1.7	100208	liczba świadczeń rehabilitacyjnych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	
1.8	100211	liczba świadczeniobiorców, u których w okresie sprawozdawczym wykonane zostały testy przesiewowe	
1.9	100210	liczba iniekcji i zabiegów zrealizowanych w okresie sprawozdawczym na podstawie zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego	
2	Świadczenia położnej poz		
2.1	100302	liczba pozostałych wizyt domowych zrealizowanych w okresie sprawozdawczym	Nie należy uwzględniać wizyt sprawozdanych komunikatem „SWIAD”
2.2	100303	liczba pozostałych wizyt zrealizowanych w okresie sprawozdawczym w gabinecie położnej poz	
3	Świadczenia pielęgniarstwa szkolnego		
3.1	100401	liczba testów przesiewowych wykonanych w okresie sprawozdawczym w rocznikach określonych dla bilansów zdrowia	
3.2	100402	liczba badań przesiewowych w pozostałych rocznikach wykonanych w okresie sprawozdawczym	
3.3	100403	liczba wykonanych w okresie sprawozdawczym i udokumentowanych innych świadczeń profilaktycznych	
3.4	100404	liczba świadczeń pomocy doraźnej udzielonych uczniom w okresie sprawozdawczym	
3.5	100405	liczba uczniów, u których wykonane były w okresie sprawozdawczym testy przesiewowe	
3.6	100406	liczba świadczeń leczniczych i zabiegów wykonanych w okresie sprawozdawczym na podstawie zleceń lekarskich u uczniów z chorobami przewlekłymi	
3.7	100407	liczba uczniów z chorobami przewlekłymi, u których w okresie sprawozdawczym wykonywane były na podstawie zleceń lekarskich zabiegi i świadczenia lecznicze	

3.8	100501	liczba uczniów klas I-VI objętych w okresie sprawozdawczym grupową profilaktyką fluorkową	
4	Transport sanitarny w poz		
4.1	101101	przewozy na odległość „tam i z powrotem” do 120 km	
4.2	101202	przewozy wykonane na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, na odległość „tam i z powrotem” od 121 do 400 km	
4.3	101303	przewozy wykonane na podstawie decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, na odległość „tam i z powrotem” powyżej 400 km	
4.4	101304	pozostałe przewozy zrealizowane w ramach umowy	
4.5	101305	przewozy wykonane w związku z koniecznością podjęcia natychmiastowego leczenia w zakładzie opieki zdrowotnej	Suma przewozów wykazanych w pozycjach 4.1-4.4 powinna być równa sumie przewozów z pozycji 4.5-4.8
4.6	101306	przewozy wykonane w związku z potrzebą zachowania ciągłości leczenia	
4.7	101307	przewozy wykonane w związku z koniecznością odbycia leczenia, jeżeli dysfunkcja narządu ruchu uniemożliwia korzystanie ze środków transportu publicznego	
4.8	101308	przewozy wykonane z innych przyczyn medycznych	

Objaśnienia:

¹⁾ kod wskazywany przez świadczeniodawcę przy sporządzaniu sprawozdania

**WYKAZ BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH OBOWIĄZUJĄCY DLA REALIZACJI UMOWY
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARZA POZ WRAZ Z ICH OKODOWANIEM DLA
CELÓW SPRAWOZDAWCZOŚCI ¹⁾**

Lp.	Nazwa badania diagnostycznego	Kody świadczeń wg NFZ dla komunikatu XML typu ZBPOZ
1.	Badania hematologiczne	
1	morfologia krwi obwodowej z płytkami krwi	1001100006
2	morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi	1001100007
3	retikulocyty	1001100003
4	odczyn opadania krwinek czerwonych (OB)	1001100004
2.	Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	
1	sód	1001200001
2	potas	1001200002
3	wapń zjonizowany	1001200032
4	żelazo	1001200004
5	żelazo – całkowita zdolność wiązania (TIBC)	1001200033
6	stężenie transferyny	1001200005
7	stężenie hemoglobiny glikowanej (HbA1c)	1001100005
8	mocznik	1001200006
9	kreatynina	1001200007
10	glukoza	1001200008
11	test obciążenia glukozą	1001200009
12	białko całkowite	1001200010
13	proteinogram	1001200011
14	albumina	1001200012
15	białko C-reaktywne (CRP)	1001600004
16	kwas moczowy	1001200013
17	cholesterol całkowity	1001200014
18	cholesterol-HDL	1001200015
19	cholesterol-LDL	1001200016
20	triglicerydy (TG)	1001200017
21	bilirubina całkowita	1001200018
22	bilirubina bezpośrednia	1001200019
23	fosfataza alkaliczna (ALP)	1001200020
24	aminotransferaza asparaginianowa (AST)	1001200021
25	aminotransferaza alaninowa (ALT)	1001200022
26	gammaglutamylotranspeptydaza (GGTP)	1001200023
27	amylaza	1001200024
28	kinaza kreatynowa (CK)	1001200025
29	fosfataza kwaśna całkowita (ACP)	1001200026
30	czynnik reumatoidalny (RF)	1001200027
31	miano antystreptolizyn O (ASO)	1001200028
32	hormon tyreotropowy (TSH)	1001200029
33	antygen HBs-AgHBs	1001200030
34	VDRL	1001200031
35	FT3	1001200034
36	FT4	1001200035
37	PSA – Antygen swoisty dla stercza całkowity	1001200036
3.	Badania moczu	

1	ogólne badanie moczu z oceną właściwości fizycznych, chemicznych oraz oceną mikroskopową	1001300001
2	ilościowe oznaczanie białka	1001300002
3	ilościowe oznaczanie glukozy	1001300003
4	ilościowe oznaczanie wapnia	1001300004
5	ilościowe oznaczanie amylazy	1001300005
4.	Badania kału	
1	badanie ogólne	1001400001
2	pasożyty	1001400002
3	krw utajona - metodą immunochemiczną	1001400003
5.	Badania układu krzepnięcia	
1	wskaźnik protrombinowy (INR)	1001500001
2	czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	1001500002
3	fibrynogen	1001500003
6.	Badania mikrobiologiczne	
1	posiew moczu z antybiogramem	1001600001
2	posiew wymazu z gardła z antybiogramem	1001600002
3	posiew kału w kierunku pałeczek Salmonella i Shigella	1001600003
7.	Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku	1001700001
8.	Badania ultrasonograficzne	
1	USG tarczycy i przytarczyc	1001800002
2	USG ślinianek	1001800003
3	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	1001800004
4	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego	1001800005
5	USG obwodowych węzłów chłonnych	1001800006
9.	Spirometria	1002000001
10.	Zdjęcia radiologiczne	
1	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej	1001900001
2	zdjęcia kostne:	
2a)	kręgosłupa (cały kręgosłup) w projekcji AP i bocznej	1001900002
2b)	kręgosłupa (odcinkowe) w projekcji AP i bocznej	1001900003
2c)	kończyn w projekcji AP i bocznej	1001900004
2d)	miednicy w projekcji AP i bocznej	1001900005
3	zdjęcie czaszki	1001900006
4	zdjęcie zatok	1001900007
5	zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	1001900008

¹⁾Objaśnienia:

Wykaz badań uwzględniony w niniejszym załączniku zgodny jest z wykazem zawartym w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2016 r. poz. 86, z późn. zm.).

Nie należy sprawozdawać badań dostarczonych lekarzowi poz przez pacjenta w przypadku ich zrealizowania przez innego świadczeniodawcę lub samego pacjenta.

Wykonanie badań, należy sprawozdawać komunikatem XML typu ZBPOZ w terminie do 20 dnia miesiąca następującego po zakończeniu półrocza.

Oznaczenie świadczeniodawcy
Nr umowy z NFZ

**INFORMACJA O AKTUALNEJ LICZBIE PODOPIECZNYCH
DPS, PLACÓWEK SOCJALIZACYJNYCH, INTERWENCYJNYCH, RESOCJALIZACYJNYCH
OBJĘTYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ ŚWIADCZENIAMI LEKARZA POZ/PIELĘGNIARKI POZ^{*)}**

L.p.	Nazwa i dane adresowe jednostki lub pieczętka z adresem jednostki	Liczba podopiecznych aktualna na dzień sporządzania informacji			
		DPS	placówka socjalizacyjna	placówka interwencyjna	placówka resocjalizacyjna
1					
2					
3					
4					
5					

.....
data, miejsce

.....
pieczętka imienna i podpis Świadczeniodawcy

^{*)} - niepotrzebne skreślić

Uwaga! W przypadku placówek wielofunkcyjnych kwalifikować zgodnie z funkcją dominującą placówki

Oznaczenie świadczeniodawcy
Numer umowy z NFZ

**INFORMACJA O LICZBIE UCZNIÓW OBJĘTYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ OPIEKĄ
PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ – część I**

wg stanu na(data)

Lp.	Nazwa, adres i REGON szkoły/placówki lub pieczętka (z adresem) szkoły	Szkoła typu I (szkoła podstawowa, gimnazjum, liceum, liceum profilowane (bez nauki w warsztatach) szkoła artystyczna na prawach gimnazjum lub liceum, szkoła policealna z tokiem nauki nie dłuższym niż 2,5 roku								Pieczętka i podpis dyrektora szkoły			
		ogólna liczba uczniów w szkole (w tym):	Uczniowie - typ I.1	Uczniowie - typ I.2 (klasy integracyjne i sportowe) i typ I.3 (niepełnosprawni w klasach ogólnych oraz oddziałach specjalnych)				w tym, liczba uczniów z typem niepełnosprawności:			liczba uczniów w klasach I – VI (podlegających fluoryzacji)		
				liczba uczniów w typie I.1	liczba uczniów w klasach o statusie: "sportowa" – typ I.2	liczba uczniów w klasach o statusie: "integracyjna" – typ I.2	liczba uczniów z niepełnosprawnością w klasach ogólnych – typ I.3	liczba uczniów w klasach o statusie: "specjalna" – typ I.3	typ A - z lekkim upośledzeniem umysłowym, sprawnych ruchowo; słabo widzących i niedowidzących; słabo słyszących i niesłyszących; przewlekłe chorych (w tym: osób w szkołach dla dzieci i młodzieży nie dostosowanej społecznie)			typ B - liczba uczniów z lekkim upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo; umiarkowanym upośledzeniem i sprawnych ruchowo	
									typ C - liczba uczniów z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo				
1.													
2.													
3.													

.....
pieczętka i podpis Świadczeniodawcy

Oznaczenie świadczeniodawcy
Numer umowy z NFZ

**INFORMACJA O LICZBIE UCZNIÓW OBJĘTYCH PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCĘ OPIEKĄ
PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ – część II**

wg stanu na(data)

Lp.	Nazwa, adres i REGON szkoły/placówki lub pieczęć (z adresem) szkoły	Szkoła typu II (szkoła prowadząca naukę zawodu z warsztatami w szkole, szkoła sportowa)	Szkoła typu III (szkoła specjalna dla dzieci i młodzieży)				Pieczęć i podpis dyrektora szkoły
		Uczniowie – typ II	Uczniowie – typ III				
		ogólna liczba uczniów w szkole	ogólna liczba uczniów w szkole	w tym, liczba uczniów z typem niepełnosprawności:			
typ A - z lekkim upośledzeniem umysłowym, sprawnych ruchowo; słabo widzących i niedowidzących; słabo słyszających i niesłyszących; przewlekle chorych (w tym: osób w szkołach dla dzieci i młodzieży niedostosowanej społecznie)	typ B - liczba uczniów z lekkim upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo; umiarkowanym upośledzeniem i sprawnych ruchowo			typ C - liczba uczniów z umiarkowanym i znacznym upośledzeniem umysłowym i niepełnosprawnych ruchowo			
1.							
2.							
3.							

.....
pieczęć i podpis Świadczeniodawcy

Dane Świadczeniodawcy:

Nazwa.....

Adres.....

Nr umowy.....

OŚWIADCZENIE

**O PRZEZNACZENIU ŚRODKÓW NA ZWIĘKSZENIE FINANSOWANIA
ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH PRZEZ PIELĘGNIARKI POZ, POŁOŻNE POZ,
PIELĘGNIARKI/HIGIENISTKI SZKOLNE**

.....

reprezentowany przez

.....,

oświadcza, iż w miesiącu roku, z tytułu przekazania przez Narodowy Fundusz Zdrowia w rozliczeniu na podstawie stawki kapitacyjnej, kwot na zwiększenie finansowania świadczeń, o którym mowa, odpowiednio do rozliczanego okresu, w przepisach wydanych na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1510, z późn. zm.), przeznaczył w całości kwotę wynikającą z iloczynu kwot wzrostu stawek określonych w umowie, z uwzględnieniem współczynników korygujących oraz populacji na listach świadczeniobiorców/uczniów pozytywnie zweryfikowanej do rozliczenia, w zakresach:

- 1) świadczenia pielęgniarstwa poz;
- 2) świadczenia położnej;
- 3) świadczenia pielęgniarstwa/higienistki szkolnej.¹

Miejscowość, data

Podpis i pieczęć

¹ niepotrzebne skreślić

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