

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr rodzaj świadczeń:		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego:..... OW NFZ
Nr identyfikacyjny Świadczeniodawcy nadany przez NFZ		
Nazwa świadczeniodawcy		

Okres rozliczeniowy od..... do.....								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								

Okres rozliczeniowy od..... do.....**								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje										
Razem pozycje			Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
			Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień	
			Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień	
			Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja		Kod zakresu		Nazwa zakresu					
Kod miejsca		Nazwa miejsca							
Adres miejsca							TERYT		
				Styczeń	Luty	Marzec			
liczba * cena									
wartość									
				Kwiecień	Maj	Czerwiec			
liczba * cena									
wartość									
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień			
liczba * cena									
wartość									
				Październik	Listopad	Grudzień			
liczba * cena									
wartość									

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

* Określenie czynności formalno - prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

** - Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr do umowy nr
rodzaj świadczeń:.....

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 ***											
	D ***											
Uprawnienia zawodowe												
Grupa zawodowa (p)						Nr Prawa Wyk. Zawodu (q)						
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
D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)
*** drukowany jeśli wypełniony

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
 Załącznik nr do umowy nr

rodzaj świadczeń:.....

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY			
<i>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</i>			
Nazwa			Kod terytorialny
Adres siedziby			
REGON		NIP	
Forma organizacyjna		Forma gospodarki finansowej (część IV KR)	
Osoba/y uprawniona do reprezentowania			
<i>Dane rejestrowe podwykonawcy</i>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru (dla RZOZ część I KR)	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<i>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</i>			
Umowa/promesa		Pozycja/e umowy	
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot podwykonawstwa	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Opis przedmiotu podwykonawstwa	

data sporządzenia

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

Pieczęć Nagłówek Świadczeniodawcy

zał nr 4 do umowy nr
rodzaj świadczeń:.....

kod oddziału wojewódzkiego NFZ	numer umowy Świadczeniodawcy	okres rozliczeniowy

Część I Ewidencja świadczeń

Lp.	Nr Księgi Głównej /Księgi Poradni/	PESEL pacjenta	masa (lub powierzchnia ciała) pacjenta	kod ICD 10	data podania/ wydania leku	kod substancji czynnej (wg załącznika)	ilość podanej/wydanej substancji czynnej (wielokrotność lub część jednostki miary substancji czynnej)	waga punktowa jednostki miary substancji czynnej	wartość punktowa podanego/wydanego leku	kod produktu jednostkowego wg katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne chemioterapia	liczba wykonanych produktów z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne chemioterapia	waga punktowa świadczenia z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne chemioterapia	wartość punktowa świadczeń z katalogu świadczeń i zakresów - leczenie szpitalne chemioterapia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (8x9)	11	12	13	14 (12x13)	
1		1111111111(*)								5.08.05.0000001(*)				
2														
3											5.08.05.0000002(*)			
4														
									suma				suma	

Razem wartość punktowa podanych /wydanych leków (**):
Razem wartość punktowa świadczeń (***):
Razem wartość podanych/wydanych leków (w PLN) (****):
Razem wartość świadczeń (w PLN) (*****):

pieczęć i podpis dyrektora/ osoby upoważnionej

Uwaga: tabelę sporządzić należy z zachowaniem sortowania rosnąco wg PESEL następnie daty podania/wydania leku

(*) - dane przykładowe

(**) - suma wartości z kolumny 10

(***) - suma wartości z kolumny 14

(****) - (suma wartości z kolumny 10) x cena punktu

(*****) - (suma wartości z kolumny 14) x cena punktu

Część II Ewidencja faktur

Lp.	NIP sprzedającego	nr faktury	data wystawienia faktury	nazwa międzynarodowa leku wg wykazu substancji czynnych	nazwa handlowa leku	postać farmaceutyczna leku	dawka leku w postaci farmaceutycznej	ilość fakturowanego leku (sztuki)	całkowita ilość fakturowanego leku (mg) (8x9)	całkowita wartość leku na fakturze [w zł]
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
4										

pieczęć i podpis dyrektora/ osoby upoważnionej

w pkt 9 - "całkowita wartość leku na fakturze" należy podać wartość w zł (bez wpisywania symbolu waluty)