

**FORMULARZ WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W POZ**

PRZEDMIOT UMOWY, KTOREGO DOTYCZY WNIOSEK						
<b>UNIKALNY WYRÓZNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca					Teryt
	Kod komórki org. (dla RZOZ część VII KR)		Specjalność komórki org. (dla RZOZ Część VIII KR)			
					<b>Wybór</b>	<b>Populacja</b>
1. świadczenia lekarza POZ						
2. świadczenia pielęgniarki POZ						
3. świadczenia położnej w POZ						
4. świadczenia pielęgniarki szkolnej						
5. transport sanitarny w POZ						
<b>Obszar działania</b>						
kod obszaru		Nazwa obszaru				Populacja
<b>Dostępność</b>						
Dostępność profilu medycznego/zakresu rzeczowego						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
Harmonogram dostępności wizyt domowych						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
<b>Personel</b>						
<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
<b>Doświadczenie</b>						
Nazwa						
<b>Wykształcenie</b>						
Nazwa						
<b>Sprzęt</b>						
<Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu>	Nazwa sprzętu					Ilość
Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji		Nr seryjny sprzętu		
<b>Pojazdy*</b>						
<Unikalny wyróżnik pojazdu z wykazu>	Nazwa pojazdu					Ilość
Rodzaj dostępności pojazdu		Rok produkcji		Nr rejestracyjny		

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