

A) DANE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Adres korespondencyjny:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kod świadczeniodawcy wg NFZ

Numer księgi rejestrowej podmiotu
wykonującego działalność leczniczą

Kod formy organizacyjno-prawny (część IV kodu resortowego)

Dane osoby do kontaktu:

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Numer telefonu

Adres email

B) INFORMACJA O RODZAJU PROCEDUR DLA KTÓRYCH PRZEKAZANE ZOSTANĄ KARTY KOSZTORYSOWE

Zgodnie z załącznikiem B

C) DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

W przypadku wybrania Podmiotu do współpracy, wyrażam chęć podpisania umowy o przygotowanie i przekazanie danych: (do wybrania jedno z dwóch)

Odpłatnie

Nieodpłatnie

D) WPROWADZENIE STANDARDU RACHUNKU KOSZTÓW

Czy będziecie Państwo wprowadzać standard rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców już od 2016 r.?: (do wybrania jedno z dwóch)

TAK

NIE

Jeśli NIE to od kiedy bylibyście państwo w stanie wprowadzić standard rachunku kosztów o którym mowa powyżej?

E) ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA PACJENTA

Czy prowadzą Państwo elektroniczną dokumentację pacjenta?: (do wybrania jedno z dwóch)

TAK

NIE

Jeśli NIE to od kiedy bylibyście Państwo w stanie wprowadzić elektroniczną dokumentację pacjenta?

.....
Data, miejscowość

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Podmiotu

Typ działalności

F1) OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

| | |
|--|--------------|
| Imię | Nazwisko |
| Adres zamieszkania | |
| Ulica | |
| Numer domu | Numer lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy |
| Seria i numer dowodu osobistego | |
| Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej | |
| Adres siedziby prowadzonej działalności gospodarczej | |
| Ulica | |
| Numer domu | Numer lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy |
| NIP | REGON |

F2) SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

| | |
|--|-----------------------------|
| Pełna nazwa spółki | |
| Ulica | |
| Numer domu | Numer lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy |
| Numer KRS | |
| Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw | |
| Numer wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego | Siedziba sądu - miejscowość |
| NIP | REGON |
| Wysokość kapitału zakładowego | |
| Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej | |

F3) SPÓŁKA JAWNA

Pełna nazwa spółki

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Numer KRS

Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw

Numer wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego Siedziba sądu - miejscowość

NIP REGON

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej

F4) SPÓŁKA CYWILNA Wspólnik 1:

Imię Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Numer PESEL

Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

NIP REGON

Czy wspólnik reprezentuje spółkę tak
nie

Wspólnik 2:

| | |
|---|--------------|
| Imię | Nazwisko |
| Ulica | |
| Numer domu | Numer lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy |
| Numer PESEL | |
| Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej | |

Adres siedziby prowadzonej działalności:

| | |
|--|--------------|
| Ulica | |
| Numer domu | Numer lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy |
| NIP | REGON |
| Czy wspólnik reprezentuje spółkę | tak nie |
| Nazwa działalności wspólnej na podstawie umowy spółki cywilnej | |

Adres siedziby spółki:

| | |
|-------------|--------------|
| Ulica | |
| Numer domu | Numer lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy |
| NIP | REGON |

F5) STOWARZYSZENIE, PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDOROWOTNEJ, FUNDACJA

Pełna nazwa podmiotu

| | |
|--|-----------------------------|
| Ulica | |
| Numer domu | Numer lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy |
| Numer KRS | |
| Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw | |
| Numer wydziału Gospodarczego KRS | Siedziba sądu - miejscowość |
| NIP | REGON |
| Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej | |

F6) INNA FORMA PRAWNA

Inna forma prawna

F7) GENERATOR UMOWY (wypełniane automatycznie)

Tekst komparycji