

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 RODZJU PROCEDUR DLA KTÓRYCH PRZEKAZANE ZOSTANĄ KARTY KOSZTORYSOWE

Kod produktu / świadczenie rozliczone z NFZ (poprzez wskazaną procedurę, produkt rozliczeniowy albo we wskazanym rozpoznaniu)

	Tak	Nie
5.10.00.0000016 Badanie antygenów zgodności tkankowej przy typowaniu dawców szpiku lub komórek krwiotwórczych albo żywych dawców wątroby lub nerki		
5.10.00.0000005 Terapia hiperbaryczna (1 sprężenie u jednego chorego)		

C) DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

W przypadku wybrania Podmiotu do współpracy, wyrażam chęć podpisania umowy o przygotowanie i przekazanie danych kosztowych: (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 umowy