

## A) DANE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa

Imię i nazwisko osoby reprezentującej Podmiot Leczniczy

Adres email

Ulica, nr budynku

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 i nazwisko

Zajmowane stanowisko

Numer telefonu

Adres email

## B. INFORMACJA O RODZAJU PROCEDUR DLA KTÓRYCH PRZEKAZANE ZOSTANĄ KARTY KOSZTORYSÓW

### Deklaracja wypełnienia karty kosztorysowej z oddziałów ogólnych

	TAK	NIE
Q46 5.51.01.0015046 (39.526 Zaopatrzenie tętniaka spiralami embolizacyjnymi)		
Q46 5.51.01.0015046 (39.528 Zaopatrzenie tętniaka stentem krytym)		
Q46 5.51.01.0015046 (39.529 Zabiegi naprawcze tętniaka - inne)		
Q46 5.51.01.0015046 (39.539 Zaopatrzenie przetoki tętniczo-żylniej środkami embolizacyjnymi - inne)		
Q46 5.51.01.0015046 (39.905 Wszczepienie stentu(ów) nie uwalniających leków antyproliferacyjnych do tętnicy obwodowej - proteza naczyniowa)		
Q47 5.51.01.0015047 (00.633 Przeskórne wprowadzenie stentu(ów) do tętnicy szyjnej z neuroprotekcją)		

### Deklaracja wypełnienia karty kosztorysowej z oddziałów dziecięcych\*

	TAK	NIE
Q46 5.51.01.0015046 (39.526 Zaopatrzenie tętniaka spiralami embolizacyjnymi)		
Q46 5.51.01.0015046 (39.528 Zaopatrzenie tętniaka stentem krytym)		
Q46 5.51.01.0015046 (39.529 Zabiegi naprawcze tętniaka - inne)		
Q46 5.51.01.0015046 (39.539 Zaopatrzenie przetoki tętniczo-żylniej środkami embolizacyjnymi - inne)		
Q46 5.51.01.0015046 (39.905 Wszczepienie stentu(ów) nie uwalniających leków antyproliferacyjnych do tętnicy obwodowej - proteza naczyniowa)		
Q47 5.51.01.0015047 (00.633 Przeskórne wprowadzenie stentu(ów) do tętnicy szyjnej z neuroprotekcją)		

\*oddziały dziecięce - Komórkom organizacyjnym danej specjalności udzielającym świadczeń zdrowotnych dzieciom nadaje się kod nieparzysty, o jeden wyższy niż właściwy kod komórki organizacyjnej udzielającej świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym(np.4561-Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej)

## C. DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

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

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.?:

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?:

TAK

NIE

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

data, miejscowość i podpis osoby  
upoważnionej do reprezentowania Podmiotu

# DANE DO UMOWY

Prosimy o wypełnienie tylko jednej komparycji do umowy właściwej ze względu na formę prawną prowadzonej przez Państwa działalności.

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

Siedziba sądu -  
miejscowość

Numer wydziału  
Gospodarczego  
Krajowego Rejestru  
Sądowego

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)**

Treść komparycji