

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 ŚWIADCZENIACH UDZIELONYCH PACJENTOM W ROKU 2016 Z KTÓRYCH ZOSTANĄ PRZEKAZANE KARTY KOSZTORYSÓW Z RODZAJU LECZENIE SZPITALNE - ŚWIADCZENIA WYSOKOSPECJALISTYCZNE

B1. Wykaz świadczeń, z których zostaną przekazane karty **zgodnie z załącznikiem O**

B2. Łączna liczba medycznych ośrodków powstawania kosztów z działalności podstawowej (oddziały szpitalne) oraz ośrodków powstawania kosztów z bloków operacyjnych, sal operacyjnych hybrydowych, pracowni hemodynamicznych, pracowni radiologicznych, banków tkanek i komórek realizujących świadczenia na rzecz oddziałów szpitalnych realizujących świadczenia gwarantowane w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia wysokospecjalistyczne (03-06), z których zostaną przekazane dane finansowo-księgowe za rok 2016 w układzie określonym przez Agencję.

Uwaga: Przez ośrodki medyczne rozumiemy komórki organizacyjne wynikające z pkt 4,7 i 8 załącznika nr 2 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania

B3. Wykaz OPK, z których zostaną przekazane dane **zgodnie z załącznikiem LISTA OPK**

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 wprowadzili Państwo w swoim przedsiębiorstwie standard rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców ?

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 na podstawie zapisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania?

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