

# 27. Świadczenia w ZPO / ZOL



## REJESTRACJA ZGŁOSZEŃ (wypełnia pracownik Agencji)

Numer ankiety

Data wpłynięcia ankiety

---

## A. DANE ŚWIADCZENIODAWCY (wypełnia świadczeniodawca)

Nazwa

Imię i nazwisko osoby reprezentującej Podmiot Lecznicy

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

Adres email

Numer telefonu

**B. INFORMACJA O WYBRANYCH ŚWIADCZENIACH W RODZAJU ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNO-OPIEKUŃCZE DOTYCZĄCA ŚWIADCZEŃ W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZYM / OPIEKUŃCZO – LECZNICZYM REALIZUJĄCYM ŚWIADCZENIA DLA PACJENTÓW Z CHOROBA AIDS LUB ZAKAŻONYCH HIV (KOD ZAKRESU 14.5160.026.04), ŚWIADCZEŃ W ZAKŁADZIE PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY / OPIEKUŃCZO - LECZNICZYM DLA DZIECI I MŁODZIEŻY (KOD ZAKRESU 14.5161.026.04). DANE ZA ROK 2015.**

**B1.** Deklaracja zakresu świadczenia, z którego zostaną przekazane dane w układzie określonym przez Agencję.

Zaznaczenie pola wyboru będzie jednoznaczne z udzieleniem odpowiedzi TAK, pozostawienie pola nieoznaczonego będzie traktowane jako odpowiedź NIE

Kod zakresu świadczeń kontraktowych	Nazwa zakresu świadczenia kontraktowego	Informacje finansowo-księgowe <sup>1</sup>	Informacje niefinansowe <sup>2</sup>
14.5160.026.04	Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym/opiekuńczo - leczniczym w kodzie świadczenia (AIDS/HIV)		
14.5161.026.04	Świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/ opiekuńczo - leczniczym dla dzieci i młodzieży		

<sup>1</sup> Odpowiedź w kolumnie informacje finansowo-księgowe dotyczy przekazania danych, z dokładnością do ośrodka powstawania kosztów, zawierających co najmniej: koszty według rodzaju tj: leków, wyrobów medycznych, wynagrodzeń wynikających z umów o pracę, umów cywilno-prawnych, kontraktów dla poszczególnych kategorii personelu (lekarz, lekarz rezydent, fizjoterapeuta, pielęgniarka, inne), • koszty pośrednich w podziale na ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej, • koszty ogólnego zarządu, • koszt utrzymania oraz koszt amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (WNIp) przypisanych do OPK, w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych.

<sup>2</sup> Odpowiedź w kolumnie informacje niefinansowe dotyczy przekazania wybranych danych takich jak • roczna sumaryczna liczba etatów personelu zatrudnionego na umowy o pracę, umowy cywilno-prawne, kontrakty dla poszczególnych kategorii personelu (lekarz, lekarz rezydent, fizjoterapeuta, pielęgniarka, inne) • wykaz środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych (WNIp), w tym również całkowicie zamortyzowanych ale nadal używanych, przypisanych do ośrodka powstawania kosztów

**WAŻNE:** uzyskana liczba punktów z odpowiedzi udzielonych w części B1 będzie podstawą do przeprowadzenia rankingu wyłaniającego świadczeniodawców

**B2.** Wykaz ośrodków/miejsc powstawania kosztów zgodnie z załącznikiem LISTA OPK (przesłany wykaz będzie podstawą do przygotowania umowy z Agencją)

### 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?

# 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

Siedziba sądu -  
miejscowość

Numer wydziału  
Gospodarczego  
Krajowego Rejestru  
Sądowego

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