

## REJESTRACJA ZGŁOSZEŃ (wypełnia pracownik Agencji)

Numer

Data wpłynięcia ankiety

---

## A. DANE ŚWIADCZENIODAWCY (wypełnia świadczeniodawca)

Kod świadczeniodawcy – identyfikator nadany przez właściwy OW NFZ

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Numer NIP Podmiotu

Kod formy organizacyjno-prawny (część IV kodu resortowego)

Adres email

Dane osoby koordynującej współpracę:

Imię i nazwisko

Zajmowane stanowisko

Adres email

Numer telefonu

---

**B. DEKLARACJA UDOSTĘPNIENIA AGENCJI NIEODPŁATNIE DANYCH NIEZBĘDNYCH DO TARYFIKACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU CHOROÓB UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO, ZAPEWNIAJĄC ICH NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ I KOMPLETNOŚĆ**

**B1.** Deklaruję udostępnienie informacji o świadczeniach sprawozdanych do NFZ (w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne) dotyczących wszystkich pacjentów, którzy zakończyli hospitalizację w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. z wykazanymi poniżej kodami i nazwami produktów. Wszystkie dane o powyższych świadczeniach zostaną przekazane w układzie określonym przez Agencję (Zasady udostępnienia danych zgodnie z formularzem dane szczegółowe – pliki OG, SM, PL, WM, PR, PR\_HR, OM, CP).

5.51.01.0011024 – Zabiegi w zakresie przetok odprowadzających mocz

5.51.01.0011025 – Duże endoskopowe zabiegi na pęcherzu moczowym

5.51.01.0011044 – Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego

5.51.01.0011087 – Leczenie powikłań leczenia nerkozastępczego < 18 r.ż.

5.51.01.0011091 – Implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (AUS)

5.51.01.0011109 – ESWL < 18 r.ż.

TAK

NIE

**B2.** Deklaruję udostępnienie za rok 2017 informacji o danych finansowo-księgowych o poniesionych kosztach oraz innych danych niefinansowych (plik FK) z medycznych ośrodków powstawania kosztów (OPK) realizujących przedmiotowe świadczenia z działalności podstawowej i pomocniczej w rodzaju leczenie szpitalne lub ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Dane FK zostaną przekazane w układzie określonym przez Agencję (Zasady udostępnienia danych zgodnie z formularzem finansowo-księgowym (dla pliku FK)).

TAK

Potwierdzam deklarację udostępnienia Agencji nieodpłatnie danych, zapewniając ich najwyższą jakość i kompletność

Pieczęć / podpis osoby umocowanej do reprezentowania podmiotu