

ANEKS DO UMOWY Nr 11/000099/SOKKOCII/17/22

O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ

**- w rodzaju ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNIÉ –
w zakresie: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki
perinatalnej (KOC II/III)**

zawarty w Gdańsku, dnia **21-12-2022** roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia w Warszawie reprezentowanym przez Prezesa NFZ, w imieniu którego działa **Monika Kasprzyk** – Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą: ul. Marynarki Polskiej 148, 80-865 Gdańsk, na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, zwanym dalej „**Funduszem**”

a

Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej , Lębork, ul. Juliana Węgrzynowicza 13, 84-300 Lębork

NIP: **8411461899**

REGON: **770901505**

(oznaczenie Świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561))

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez
Marta Frankowska

Na podstawie:

Zarządzenia 138/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 października 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem, w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” z późn. zm.

Uwzględniając ustalenia dokonane na podstawie §32 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 787 ze zm.).

Strony zgodnie ustaliły, co następuje:

§ 1

Wymieniona na wstępie umowa otrzymuje brzmienie i numer określone w załączniku nr 1 do niniejszego aneksu.

§ 2

Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą od dnia 1 stycznia 2023 roku.

§ 3

Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

Świadczeniodawca

Z up. Dyrektora
Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Wiesław Kusio
/podpisano podpisem elektronicznym/
Fundusz

UMOWA Nr 11/000099/SOKKOCII/17/23
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- w rodzaju ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNIÉ –
w zakresie: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej
(KOC II/III)

zawarta w Gdańsk, dnia 21-12-2022 roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia w Warszawie reprezentowanym przez Prezesa NFZ w imieniu którego działa **Monika Kasprzyk** – Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą: ul. Marynarki Polskiej 148, 80-865 Gdańsk, na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, zwanym dalej „Funduszem”,

a

Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, Lębork, ul. Juliana Węgrzynowicza 13, 84-300 Lębork

NIP: 8411461899

REGON: 770901505

(oznaczenie Świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.))

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”, reprezentowanym przez

Marta Frankowska

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie - Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), zwanych dalej „świadczeniami”, określonymi w Planie rzeczowo-finansowym stanowiącym **załącznik nr 1** do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:
 - 1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:
 - a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
 - b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:
 - w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
 - w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej, wydanym na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o działalności leczniczej”;
 - w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
 - w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;

- 2) ze szczegółowymi warunkami umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach, w związku z art. 7 ust. 2 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2020 r. poz. 1329).
3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. Świadczenia gwarantowane w zakresie objętym umową udzielane są przez Świadczeniodawcę samodzielnie na zasadzie współrealizacji w poszczególnych komórkach organizacyjnych lub we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi na podstawie podwykonawstwa albo wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach.
2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy lub podwykonawców przeznaczonym do realizacji umowy, określone są w **załączniku nr 2** do umowy – „Harmonogram-zasoby”.
3. Dane o wykazie współrealizatorów określone są w **załączniku nr 5** do umowy.
4. W przypadku realizacji umowy przez Świadczeniodawcę we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi „Wykaz podwykonawców” stanowi **załącznik nr 3** do umowy.
5. W przypadku wspólnej realizacji umowy na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach, dane o potencjale wykonawczym świadczeniodawców innych niż podmiot koordynujący (co do zasady podpisujący umowę, z zastrzeżeniem wspólnego wykonywania umowy z innymi świadczeniodawcami na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach - szpital posiadający oddział położniczo-ginekologiczny lub inny zgodny z profilem realizowanych świadczeń) wykazywane są z zastosowaniem **załącznika nr 2** do umowy.
6. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty spełniające warunki określone dla Świadczeniodawców w przepisach odrębnych i w warunkach zawierania umów.
7. Dopuszczalne jest zlecanie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
8. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem” do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń oraz jej wynikach.
9. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w **załączniku nr 3** do umowy lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą wymaga zgłoszenia dyrektorowi Oddziału Funduszu, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany.
10. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji wszystkich podmiotów biorących udział w realizacji umowy, służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz wymagany sprzęt.
11. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 9 i 10, należy dokonywać za pomocą udostępnianych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych przez Prezesa Funduszu w zarządzeniu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.
12. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

§ 3.

Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4.

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01-01-2023 do dnia 30-06-2023 wynosi maksymalnie 5 734 545,12 zł (słownie: pięć milionów siedemset trzydzieści cztery tysiące pięćset czterdzieści pięć złotych dwanaście groszy).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń objętych umową określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący **załącznik nr 1** do umowy.
3. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.
4. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:
Dane posiadacza rachunku bankowego: Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej, 84-300 Łęborg Juliana Węgrzynowicza 13
nr 50 1240 3800 1111 0000 4468 5254.
5. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 4, wymaga uprzedniego złożenia przez świadczeniodawcę, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do umowy.
6. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, wypełnia zobowiązania Funduszu wynikające z postanowień art. 10f ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.).
7. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.
8. Faktury z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przysyłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez system informatyczny udostępniany przez Fundusz, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW

§ 5.

1. Świadczeniodawca obowiązany jest do przekazywania Funduszowi za dany okres sprawozdawczy podlegający rozliczeniu w ramach umowy, informacji o realizacji świadczeń, sporządzonej na podstawie prowadzonej dokumentacji medycznej.
2. Informację, o której mowa w ust. 1, Świadczeniodawca przekazuje do Oddziału Funduszu comiesięcznie w formie elektronicznej, w formacie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu, w zakresie wskazanym w **załączniku nr 4** do zarządzenia, o którym mowa w § 1 ust. 2 pkt 2.

KARY UMOWNE

§ 6.

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy lub pozostałych podmiotów biorących udział w realizacji umowy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.

2. W przypadku wystawienia recept osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji cen leków dokonanych na podstawie recept wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
3. W przypadku wystawienia zleceń na wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 463, z późn. zm.), finansowanych w całości lub w części przez Fundusz, osobom nieuprawnionym lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość kwoty nienależnego finansowania wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji.
4. W przypadku niedopełnienia obowiązku dotyczącego uzyskania we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUS w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
5. Kary umowne, o których mowa w ust. 1-4 nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.
6. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 01-02-2017 r. do dnia 30-06-2023 r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za trzy miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8.

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

§ 9.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów.

§ 10.

Załączniki do umowy stanowią jej integralną część.

§ 11.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

Wykaz załączników do umowy:

- 1) **załącznik nr 1 do umowy** – Plan rzeczowo-finansowy;
- 2) **załącznik nr 2 do umowy** – Harmonogram - zasoby;
- 3) **załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców;
- 4) **załącznik nr 4 do umowy** – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego;
- 5) **załącznik nr 5 do umowy** – Wykaz współrealizatorów.

PODPISY STRON

Świadczeniodawca

Z up. Dyrektora
Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Wiesław Kusio

/podpisano podpisem elektronicznym/

Fundusz

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr 1 do umowy nr 11/000099/SOKKOCII/17/23					Wersja 1		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego 1 OW NFZ		
Rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI									
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ					000099				
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych					Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej				

ROK 2023 (umowa 11/000099/SOKKOCII/17/23, wersja 1) - kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych 5 734 545,12 zł (słownie - pięć milionów siedemset trzydzieści cztery tysiące pięćset czterdzieści pięć złotych dwanaście groszy)								
Okres rozliczeniowy od 01-01-2023 do 30-06-2023								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
1	858834	11.1450.100.02 - 2	KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY NA II LUB III POZIOMIE OPIEKI PERINATALNEJ (KOC III/III)	45709	PUNKT ROZLICZENIOWY	3 982 323,0000	1,44	5 734 545,12
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								5 734 545,12

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje								
Razem pozycje	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)	Okres sprawozdawczy	Wartość (zł)
	Styczeń	955 756,80	Luty	955 756,80	Marzec	955 756,80	Kwiecień	955 756,80
	Maj	955 756,80	Czerwiec	955 761,12	Lipiec		Sierpień	
	Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje							
Pozycja	1	Kod zakresu	11.1450.100.02 - 2	Nazwa zakresu	KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIĄŻY NA II LUB III POZIOMIE OPIEKI PERINATALNEJ (KOC III/III)		
Kod miejsca	45709	Nazwa miejsca	Oddział Ginekologiczno-Położniczy				
Adres miejsca	Lębork, ul. Juliana Węgrzynowicza 13, 84-300 Lębork				TERYT	2208011	
liczba * cena		Styczeń		Luty		Marzec	
wartość		663 720,0000 * 1,44		663 720,0000 * 1,44		663 720,0000 * 1,44	
		955 756,80		955 756,80		955 756,80	
liczba * cena		Kwiecień		Maj		Czerwiec	
wartość		663 720,0000 * 1,44		663 720,0000 * 1,44		663 723,0000 * 1,44	
		955 756,80		955 756,80		955 761,12	
liczba * cena		Lipiec		Sierpień		Wrzesień	
wartość							
liczba * cena		Październik		Listopad		Grudzień	
wartość							
Razem						LICZBA	3 982 323,0000
						WARTOŚĆ (zł)	5 734 545,12

Data sporządzenia 28-12-2022

Fundusz***Świadczeniodawca****

* Określenie czynności formalno-prawnej na podstawie której została utworzona pozycja umowy
** Kolejne sekcje drukowane dla każdego okresu rozliczeniowego oznaczonego w umowie (o ile w umowie oznaczono więcej niż jeden okres rozliczeniowy)
*** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem
**** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęćnadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 2 do umowy nr 11/000099/SOKKOCII/17/23

Rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI

Pozycja	1	Kod zakresu	11.1450.100.02 - 2		Nazwa zakresu										
										KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIAŻY NA II LUB III POZIOMIE OPIEKI PERINATALNEJ (KOC II/III)					
I. Miejsce udzielania świadczeń															
Kod miejsca (a)	ID podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)				VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status**			
45709		Oddział Ginekologiczno-Położniczy			Lębork, ul. Juliana Węgrzynowicza 13, 84-300, Lębork				050	4450	HC.1.1.-29				
II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń - BRAK															
III. Personel															
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)						St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**			
11235432	Gapska	Olga	82062702988	Lekarz - specjalista neonatologii						specjalista	2351288				
Dostępność osoby personelu															
Pn (h)	Wt (i)	Śr (j)	Czw (k)	Pt (l)	Sob (m)	Nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)					
							p****	12:00	01-01-2023	30-06-2023					
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)						St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**			
11281902	Drywa	Aleksandra	98070105587	Położna						bez specjalizacji	0901762A				
Dostępność osoby personelu															
Pn (h)	Wt (i)	Śr (j)	Czw (k)	Pt (l)	Sob (m)	Nd (n)	Typ harmonogramu*** (o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)					
							p****	37:55	01-01-2023	30-06-2023					
IV. Sprzęt - BRAK															

Data sporządzenia: 28-12-2022

Fundusz*****

Świadczeniodawca*****

* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn.zm.)

** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)

**** Drukowany jeśli wypełniony

***** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

***** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

WYKAZ PODWYKONAWCÓW

Załącznik nr 3 do umowy nr 11/000099/SOKKOCII/17/23

Rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI

BRAK PODWYKONAWCÓW

Data sporządzenia

28-12-2022

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Miejscowość Data

Kod Oddziału Wojewódzkiego
Dane Świadczeniodawcy
(źródło – Portal Świadczeniodawcy)

Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego

Wnoszę o podpisanie aneksu do istniejącej umowy, zmieniającego nr rachunku bankowego wskazany w zawartej umowie:	
numer	
w rodzaju	
w zakresie	
na okres	
Nowy pełny numer rachunku bankowego związanego z realizacją umowy	
Dane posiadacza rachunku bankowego	

Zmiana dotychczasowego nr rachunku bankowego na nowy nastąpi po podpisaniu aneksu do umowy w terminie określonym w aneksie.

Świadczeniodawca*

* pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

WYKAZ WSPÓŁREALIZATORÓW

Załącznik nr 5 do umowy nr 11/000099/SOKKOCII/17/23

Rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI

UNIKALNY WYRÓŻNIK WSPÓŁREALIZATORA	000099		
Dane identyfikacyjne i adresowe współrealizatora			
Nazwa	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej		
Adres siedziby	Juliana Węgrzynowicza 13 84-300 Łębork		
Kod terytorialny i nazwa	2208011 - Łębork		
REGON	770901505	NIP	8411461899
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej		
Osoba/ły uprawniona do reprezentowania	Marta Frankowska	Telefon	
Dane rejestrowe współrealizatora			
Rodzaj rejestru	wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - w części dotyczącej podmiotów leczniczych	Nr wpisu do rejestru	000000011494
Organ rejestrujący	Wojewoda Pomorski	Data wpisu	25-02-1993
		Data ostatniej aktualizacji	23-06-2016
Rodzaj rejestru	wpis do Krajowego Rejestru Sądowego	Nr wpisu do rejestru	0000009022
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy	Data wpisu	27-04-2001
		Data ostatniej aktualizacji	24-05-2016
Rodzaj rejestru	wpis do Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych	Nr wpisu do rejestru	1150
Organ rejestrujący	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Data wpisu	23-08-2004
		Data ostatniej aktualizacji	
Rodzaj rejestru	wpis do Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych	Nr wpisu do rejestru	1739
Organ rejestrujący	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Data wpisu	11-10-2004
		Data ostatniej aktualizacji	
Rodzaj rejestru	wpis do Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych	Nr wpisu do rejestru	2945
Organ rejestrujący	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych	Data wpisu	25-11-2009
		Data ostatniej aktualizacji	
Dane dotyczące zakresu współrealizacji			
Umowa/promesa			
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji	01-01-2023	Pozycja/e umowy	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać zakres współrealizacji	30-06-2023	Przedmiot świadczeń współrealizatora	
Opis przedmiotu współrealizacji			

Data sporządzenia

28-12-2022

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem