

Załącznik Nr 2 do umowy

HARMONOGRAM - ZASOBY

rodzaj świadczeń/usług:

.....

| Pozycja | | Kod zakresu | | Nazwa zakresu | | | | | | | |
|--|----------------|-------------------|---------|---------------|-----------------------|--------|-------------------|-------------------|-----------------------|-------------------|-------------------|
| 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) | | |
| | | | | | | | | | | | |
| II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń | | | | | | | | | | | |
| pn (a) | wt (b) | śr (c) | czw (d) | pt (e) | sob (f) | nd (g) | Obowiązuje od (h) | Obowiązuje do (i) | Status** | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| III. Personel | | | | | | | | | | | |
| ID osoby (a) | Nazwisko (b) | Imiona (c) | | PESEL (d) | Zawód/specjalność (e) | | St.specjal. (f) | NPWZ (g) | Tyg. lb. godzin (h) | Obowiązuje od (i) | Obowiązuje do (j) |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Fundusz***

Podmiot prowadzący aptekę****

* KR (Kody resortowe) - kody techniczne nadane przez system informatyczny NFZ, zastępujące kody resortowe, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn.zm.)

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

*** kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**** podpis elektroniczny (kwalifikowany podpis elektroniczny, podpis zaufany albo podpis osobisty) albo podpis własnoręczny oraz pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu prowadzącego aptekę - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem