

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 48/2024/DGL  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 30 kwietnia 2024 r.

### WZÓR

## Wniosek o zawarcie umowy w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego

I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY					
Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskodawcy - podmiotu prowadzącego aptekę					
Nazwa					
Adres siedziby	Miejscowość		Kod pocztowy		
	Ulica		Nr domu		Nr lokalu
Forma organizacyjno-prawna					
NIP			REGON		
adres e-mail			Nr tel.		
Osoba/y reprezentująca/y wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy	Imię i nazwisko		Nr telefonu		
Dane rejestrowe					
Rodzaj rejestru			Nr wpisu do rejestru		
Organ rejestrujący					
II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK					
PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA					
Jednostka rozliczeniowa					
Oferowana cena jednostki					
	styczeń	luty	marzec	I kwartał	
<i>liczba, cena</i>				<i>liczba</i>	
<i>wartość</i>				<i>wartość</i>	
	kwiecień	maj	czerwiec	II kwartał	
<i>liczba, cena</i>				<i>liczba</i>	
<i>wartość</i>				<i>wartość</i>	
	lipiec	sierpień	wrzesień	III kwartał	
<i>liczba, cena</i>				<i>liczba</i>	
<i>wartość</i>				<i>wartość</i>	
	październik	listopad	grudzień	IV kwartał	
<i>liczba * cena</i>				<i>liczba</i>	
<i>wartość</i>				<i>wartość</i>	
Razem	liczba				
	wartość				
MIEJSCE UDZIELANIA USŁUG					
<Kod techniczny miejsca, określony w Portalu NFZ>	Nazwa miejsca udzielania usług				

	Adres miejsca						
	Kod komórki org. (część VII KR)*			Specjalność komórki org. (Część VIII KR)*			
	Kod zakresu świadczeń/usług			Nazwa zakresu świadczeń/usług			
Adres e-mail apteki			Identyfikator z Krajowego Rejestru Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych				
Kod terytorialny		Dł. geogr.		Szer. geogr.		Nr tel. do apteki	
Adres miejsca							
<b>PERSONEL</b>							
<Unikalny wyróżnik osoby>	Nazwisko						
	Imiona			Nr Prawa Wyk. Zawodu		PESEL	

\* 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.)

.....  
 ....  
 Data sporządzenia

.....  
 .....  
 Podmiot prowadzący aptekę

**Załączniki do wniosku:**

- 1) Załącznik Nr 1 do wniosku - Oświadczenia
- 2) Załącznik Nr 2 do wniosku - Oświadczenie w zakresie postępowania administracyjnego
- 3) Załącznik Nr 3 do wniosku - Wniosek w sprawie numeru konta bankowego