

ANEKS NR 7
DO UMOWY Nr 10/1/3201032/01/2024/02
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- PROGRAMY ZDROWOTNE - W ZAKRESACH:
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE

zawarty we Wrocławiu, w dniu złożenia podpisów, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: Dariusz Kłos na podstawie pełnomocnictwa nr 324/2023 z dnia 23.10.2023 r. udzielonego przez Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ Łukasza Sendeckiego działającego na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ nr 18/2023 z dnia 10.02.2023 r., zwanym dalej „**Funduszem**”
a

SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, Wałbrzych, ul. Alfreda Sokołowskiego 4, 58-309 WAŁBRZYCH

NIP: 8862385315

REGON: 890047446

(oznaczenie Świadczeniodawcy/Świadczeniodawcy - reprezentanta: 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 (Dz. U. z 2024 poz. 146 z późn.zm.))

reprezentowanym przez: Jolanta Królak
zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”.

Na podstawie § 32 ust.1 i 2 oraz 43 ust. 1 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2023 r., poz. 1194 z późn.zm.), w związku z art. 353¹ k.c. strony zgodnie ustaliły, co następuje:

§ 1

Określona we wstępie umowa otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego aneksu.

§ 2

Aneks wchodzi w życie z dniem podpisania z mocą obowiązującą od dnia **1 stycznia 2025 r.**

§ 3

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

PODPISY STRON

.....
Świadczeniodawca

.....
Fundusz

UMOWA Nr 10/1/3201032/01/2025/01
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- PROGRAMY ZDROWOTNE - W ZAKRESACH:
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE

zawarta we Wrocławiu, w dniu złożenia podpisów, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: Dariusz Kłos na podstawie pełnomocnictwa nr 324/2023 z dnia 23.10.2023 r. udzielonego przez Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ Łukasza Sendeckiego działającego na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ nr 18/2023 z dnia 10.02.2023 r., zwanym dalej „Funduszem”

a

SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, Wałbrzych, ul. Alfreda Sokołowskiego 4, 58-309 WAŁBRZYCH

NIP: 8862385315

REGON: 890047446

(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 (Dz. U. 2024 r. poz. 146, z późn. zm.),

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”,
reprezentowanym przez: Jolanta Królak

PRZEDMIOT UMOWY

§ 1.

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie przez Świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju programy zdrowotne w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:
 - 1) ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
 - 2) przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wydanego na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
 - 3) ogólnych warunkach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących załącznik do rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „Ogólnymi warunkami umów”;
 - 4) szczegółowych warunkach zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne, w zakresach profilaktyczne programy zdrowotne, określonych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanych dalej „szczegółowymi warunkami umów”.
3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów, wszystkie osoby, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

§ 2.

1. Świadczenia w poszczególnych zakresach udzielane są:
 - 1) przez osoby wymienione w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”,
 - 2) zgodnie z harmonogramem pracy, określonym w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram – zasoby”, a w przypadku świadczeniodawców realizujących etap podstawowy programu profilaktyki raka piersi w trybie mobilnym w załączniku nr 2a do umowy.
2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram - zasoby”.
3. Świadczenia w poszczególnych zakresach mogą być udzielane przez Świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie Świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, stanowiącym załącznik nr 3 do umowy.
4. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego warunki określone w przepisach, o których mowa w § 1 w ust. 2 pkt 2 - 4 i przepisach odrębnych.
5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących

przedmiotem umowy.

6. Umowa zawarta między Świadczeniodawcą a podwykonawcą zawiera zastrzeżenie o prawie Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń, na zasadach określonych w ustawie, w zakresie wynikającym z umowy. Fundusz informuje Świadczeniodawcę o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli podwykonawcy oraz jej wynikach.
7. Zaprzeszanie 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.
8. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby będące w dyspozycji Świadczeniodawcy służące wykonywaniu świadczeń, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń i sprzęt.
9. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 7 i 8, należy dokonywać za pomocą udostępnionych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.
10. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

§ 3.

Świadczeniodawca jest obowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, na warunkach określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy o świadczeniach.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4.

1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia 01-01-2025 r. do dnia 31-12-2025 r. wynosi maksymalnie 866 479,50 zł (słownie: osiemset sześćdziesiąt sześć tysięcy czterysta siedemdziesiąt dziewięć złotych pięćdziesiąt groszy).
2. Kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1, zawiera środki wynikające z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 Ogólnych warunków umów.
3. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków wynikających z określenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4, Ogólnych warunków umów, kwota przekazanych Świadczeniodawcy środków podlega zwrotowi.
4. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń objętych umową, w okresie rozliczeniowym, o których mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
5. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń, wypłacana będzie przez Oddział Funduszu na rachunek bankowy Świadczeniodawcy:
nr rachunku: 15 1500 1764 1217 6001 3267 0000.
którego posiadaczem jest Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego, 58-309 WAŁBRZYCH Alfreda Sokołowskiego 4.
6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, 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.
7. W przypadku realizacji świadczeń w zakresach:
 - 1) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny;
 - 2) program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki;
 - 3) program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy;
 - 4) program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki;
 - 5) program badań przesiewowych raka jelita grubego
 - 6) program badań prenatalnych- rozliczenie następuje zgodnie z rzeczywistą wartością wykonanych świadczeń,
8. W przypadku, gdy wartość wykonanych przez Świadczeniodawcę świadczeń w zakresach, o których mowa w ust. 7, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy - strony umowy zwiększą odpowiednio:
 - 1) liczbę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w poszczególnych zakresach świadczeń, określone w załączniku nr 1 do umowy;
 - 2) kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy, o której mowa w ust.1.
9. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.
10. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia lub System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki - w przypadku świadczeń rozliczanych za pośrednictwem tej aplikacji, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 5.

Świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym w szczególności następujących danych:

- 1) rozpoznań według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta (ICD-10),
- 2) procedur medycznych według Międzynarodowej Klasyfikacji Procedur Medycznych (ICD-9) - w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy oraz:
- 3) w programie profilaktyki raka szyjki macicy - dane o stanie zdrowia i czynnikach ryzyka, wyniki badań, zalecenia co do dalszego postępowania;
- 4) w programie profilaktyki raka piersi - dane o stanie zdrowia i czynnikach ryzyka, wyniki badań, zalecenia co do dalszego postępowania;
- 5) w programie badań prenatalnych - przyczynę włączenia do programu, informację o wyniku badania;
- 6) w programie profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POChP) - dane o efektach leczenia w tym dla etapu specjalistycznego w podziale na farmako - i psychoterapię.
- 7) w programie badań przesiewowych raka jelita grubego – dane o stanie zdrowia i czynnikach ryzyka, wyniki badań, zalecenia co do dalszego postępowania.

KARY UMOWNE

§ 6.

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną.
2. W przypadku wystawienia recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte refundacją, osobom nieuprawnionym lub przez osobę nieuprawnioną, lub w przypadkach nieuzasadnionych, Fundusz może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną stanowiącą równowartość nienależnej refundacji 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. 2024 poz. 930), 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 w Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ 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. W przypadku nieprzeznaczenia przez świadczeniodawcę środków, o których mowa w § 4 ust. 3, Fundusz nakłada na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 5% tych środków.
6. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 5, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.
7. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 7.

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 01-07-2024 r. do dnia 30-06-2034 r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę za 3 miesięcznym okresem wypowiedzenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8.

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla siedziby oddziału wojewódzkiego Funduszu.

§ 9.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych w zakresie określonym w szczegółowych warunkach 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 2a do umowy** – Harmonogram-zasoby (dotyczy świadczeniodawców realizujących etap podstawowy programu profilaktyki raka piersi w trybie mobilnym);
- 4) **Załącznik nr 3 do umowy** – Wykaz podwykonawców;
- 5) **Załącznik nr 4 do umowy** – Wzór wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego.

PODPISY STRON

.....
Narodowy Fundusz Zdrowia

.....
Świadczeniodawca

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr 1 do umowy nr 10/1/3201032/01/2025/01		Wersja 1	Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego: 1 OW NFZ
Rodzaj świadczeń: PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE			
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ	3201032		
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych	SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO		

ROK 2025 (umowa 10/1/3201032/01/2025/01, wersja 1) - kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych roku, z wyłączeniem środków, o których mowa w Art. 31 ustawy o Funduszu Medycznym 866 479,50 zł (słownie - osiemset sześćdziesiąt sześć tysięcy czterysta siedemdziesiąt dziewięć złotych pięćdziesiąt groszy)								
Okres rozliczeniowy od 01-01-2025 do 31-12-2025								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
1		10.0000.157.02 - 1	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGLĘBIONEJ DIAGNOSTYKI	153564	PUNKT ROZLICZENIOWY	2 832,0000	15,03	42 564,960000
2		10.7910.155.02 - 1	PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO	35801	PUNKT ROZLICZENIOWY	20 000,0000	15,03	300 600,000000
3		10.7940.158.02 - 1	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - W PRACOWNI STACJONARNEJ	153564	PUNKT ROZLICZENIOWY	34 818,0000	15,03	523 314,540000
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								866 479,50

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	433 014,30	Luty	45,09	Marzec	45,09	Kwiecień	45,09
	Maj	45,09	Czerwiec	45,09	Lipiec	433 014,30	Sierpień	45,09
	Wrzesień	45,09	Październik	45,09	Listopad	45,09	Grudzień	45,09

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja	1	Kod zakresu	10.0000.157.02 - 1	Nazwa zakresu	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGLĘBIONEJ DIAGNOSTYKI				
Kod miejsca	153564			Nazwa miejsca	PRACOWNIA MAMMOGRAFII				
Adres miejsca	WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych				TERYT		0265011		
				Styczeń	Luty		Marzec		
liczba * cena				1 411,0000 * 15,03	1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		
wartość				21 207,330000	15,030000		15,030000		
				Kwiecień	Maj		Czerwiec		
liczba * cena				1,0000 * 15,03	1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		
wartość				15,030000	15,030000		15,030000		
				Lipiec	Sierpień		Wrzesień		
liczba * cena				1 411,0000 * 15,03	1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		
wartość				21 207,330000	15,030000		15,030000		
				Październik	Listopad		Grudzień		
liczba * cena				1,0000 * 15,03	1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		
wartość				15,030000	15,030000		15,030000		
				Razem			LICZBA	2 832,0000	
							WARTOŚĆ (zł)	42 564,960000	

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje											
Pozycja	2	Kod zakresu	10.7910.155.02 - 1	Nazwa zakresu	PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO						
Kod miejsca	35801			Nazwa miejsca	ZAKŁAD ENDOSKOPII ZABIEGOWEJ						
Adres miejsca	WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych							TERYT	0265011		
					Styczeń		Luty		Marzec		
liczba * cena					9 995,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		
wartość					150 224,850000		15,030000		15,030000		
					Kwiecień		Maj		Czerwiec		
liczba * cena					1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		
wartość					15,030000		15,030000		15,030000		
					Lipiec		Sierpień		Wrzesień		
liczba * cena					9 995,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		
wartość					150 224,850000		15,030000		15,030000		
					Październik		Listopad		Grudzień		
liczba * cena					1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		
wartość					15,030000		15,030000		15,030000		
Razem									LICZBA	20 000,0000	
									WARTOŚĆ (zł)	300 600,000000	

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje										
Pozycja	3	Kod zakresu	10.7940.158.02 - 1	Nazwa zakresu	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - W PRACOWNI STACJONARNEJ					
Kod miejsca	153564		Nazwa miejsca		PRACOWNIA MAMMOGRAFII					
Adres miejsca	WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Wałbrzych				TERYT		0265011			
					Styczeń		Luty		Marzec	
liczba * cena					17 404,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03	
wartość					261 582,120000		15,030000		15,030000	
					Kwiecień		Maj		Czerwiec	
liczba * cena					1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03	
wartość					15,030000		15,030000		15,030000	
					Lipiec		Sierpień		Wrzesień	
liczba * cena					17 404,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03	
wartość					261 582,120000		15,030000		15,030000	
					Październik		Listopad		Grudzień	
liczba * cena					1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03		1,0000 * 15,03	
wartość					15,030000		15,030000		15,030000	
Razem									LICZBA	34 818,0000
									WARTOŚĆ (zł)	523 314,540000

Data sporządzenia 18-12-2024

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

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 2 do umowy nr 10/1/3201032/01/2025/01

Rodzaj świadczeń: PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE

Pozycja	1	Kod zakresu	10.0000.157.02 - 1	Nazwa zakresu	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP POGLĘBIONEJ DIAGNOSTYKI						
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**
153564		PRACOWNIA MAMMOGRAFII			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			238	7242	HC.4.2.-31	

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**
07:00 - 22:00	07:00 - 22:00	07:00 - 22:00	07:00 - 22:00	07:00 - 22:00	08:00 - 14:00		01-01-2025	31-12-2025	

III. Personel																					
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**								
01000362	Pyka		Paweł		70063003399	Lekarz - specjalista chirurgii onkologicznej					specjalista	5769050									
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)	
		08:00 - 10:00				08:00 - 10:00								p****		4:00		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**								
01000370	FREJNAGEL		ANDRZEJ		72082305092	Lekarz - specjalista chirurgii onkologicznej					specjalista	1768390									
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)	
		07:00 - 12:00		07:00 - 12:00		07:00 - 12:00		07:00 - 12:00						p****		20:00		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**								
01000973	Szaszorowska-Rucińska		Elżbieta		54031605941	Lekarz - specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej					specjalista	1329798									
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)	
				15:00 - 17:00						08:00 - 14:00				p****		8:00		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**								
01010842	Pietrzyk		Grażyna		65071611049	Lekarz - specjalista chirurgii onkologicznej					specjalista	5623141									
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)	
19:00 - 21:00														p****		2:00		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**								
01011966	Nowicki		Jacek		65091300732	Lekarz - specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej					specjalista	3472892									
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)	
19:00 - 21:00								19:00 - 21:00		08:00 - 14:00				p****		10:00		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**								
01031495	PIEKACZ		DOROTA		63102010061	Technik elektroradiolog					bez specjalizacji										
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)	
07:00 - 14:35		07:00 - 14:35		07:00 - 14:35		07:00 - 14:35		07:00 - 14:35		08:00 - 14:00				p****		43:55		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**								
01091058	Jaworska		Katarzyna		81031901067	Lekarz - specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej					specjalista	2298405									
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)	
				07:00 - 09:00				07:00 - 09:00		08:00 - 14:00				p****		10:00		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**								
01103813	GRZYBOWSKA		KAJA		91071401423	Technik elektroradiolog					bez specjalizacji										
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)	
14:00 - 22:00		14:35 - 22:00		14:30 - 22:00		14:30 - 22:00		14:30 - 22:00		08:00 - 14:00				p****		43:55		01-01-2025		31-12-2025	

IV. Sprzęt								
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)	Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status**
147962	DRUKARKA	1	47231616	2005	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
186490	BŁONY MAMMOGRAFICZNE	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
186704	ZESTAW DO BIOPSJI	1		2010	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
24540	NEGATOSKOP	1	20084003	2008	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
274216	SYSTEM DO BGPWP POD KONTROLĄ USG (APARAT USG Z GŁOWICĄ LINIOWĄ)	1	PC2093-F-UK	2009	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	

274217	USG	1	198318SU8	2012	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
274353	ZESTAW DO BIOPSJI	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
276591	SZKŁO POWIĘKSZAJĄCE 5X	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
276592	WYWOŁYWARKA	1	301719	2005	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
276599	PRZEZIERNĄ OSŁONA STANOWISKA TECHNIKA Z MATERIAŁU O EKWIWALENCIE CO NAJMNIEJ 0,5 MM PB	1	20437	2005	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
290810	MAMMOGRAF	1	SDM 181700185	2018	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
291042	KONSOLA TECHNIKA (DOTYCZY MAMMOGRAFII Z CYFROWĄ POŚREDNIĄ (CR) I BEZPOŚREDNIĄ (DDR) REJESTRACJĄ OBRAZU)	1	SDM 181700185	2018	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
291043	ZESTAW DO PODSTAWOWYCH TESTÓW KONTROLI JAKOŚCI W MAMMOGRAFII CYFROWEJ	1	805232-11/16004	2018	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
332069	DRUKARKA	1	59540772	2018	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
332070	USG	1	G3082851	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
332464	STANOWISKO OPISOWE DLA LEKARZA (DOTYCZY MAMMOGRAFII Z CYFROWĄ POŚREDNIĄ (CR) I BEZPOŚREDNIĄ (DDR) REJESTRACJĄ OBRAZU)	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	

Pozycja	2	Kod zakresu	10.7910.155.02 - 1	Nazwa zakresu	PROGRAM BADAŃ PRZESIEWOWYCH RAKA JELITA GRUBEGO					
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**
35801		ZAKŁAD ENDOSKOPII ZABIEGOWEJ			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych		207	7910	HC.4.2.9.-47	

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**
14:35 - 17:00	14:35 - 17:00	14:35 - 17:00	14:35 - 17:00	14:35 - 17:00	08:00 - 14:00		01-01-2025	31-12-2025	

III. Personel																					
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**									
01000338	JANAS		JAROSŁAW	71051417897	Lekarz - specjalista chirurgii onkologicznej					specjalista	9956499										
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		15:30 - 17:00						p****		11:10		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**									
01000671	Kołodziej		Małgorzata	67051900109	Lekarz - specjalista anestezjologii i intensywnej terapii					specjalista	1591531										
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00						p****		12:05		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**									
01013173	ŁUKASZEWSKI		MARCELI	64070306211	Lekarz - specjalista anestezjologii i intensywnej terapii					specjalista	1322340										
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00						p****		12:05		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**									
01018123	ĆMIKIEWICZ		JOLANTA	64011006527	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki					specjalista	4003038P										
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00						p****		12:05		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**									
01020671	BIENIEK		ZOFIA	56052516943	Pielęgniarka					bez specjalizacji	4000005P										
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		08:00 - 14:00				p****		18:05		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**									
01025128	BEDNARZ		KATARZYNA	75022018023	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego					specjalista	4002571P										
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		08:00 - 14:00				p****		18:05		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**									
01027332	DUDZIŃSKA		KATARZYNA	73060612120	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki					specjalista	4003022P										
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00						p****		12:05		01-01-2025		31-12-2025	

ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01027334	RÖG		EWA		65071905140		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki					specjalista		4003015P							
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00						p****		12:05		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01067116	Krupa		Jadwiga		59080507060		Pielęgniarka					bez specjalizacji		4004426P							
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		08:00 - 14:00				p****		18:05		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01070438	Rola		Aleksander		82071400499		Lekarz - specjalista chirurgii ogólnej					specjalista		2345268							
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		08:00 - 14:00				p****		18:05		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01101132	PANEK-JEZIORNA		MAGDALENA		87060211302		Lekarz - specjalista gastroenterologii					specjalista		2847669							
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)	
14:35 - 16:00		14:35 - 16:00		14:35 - 16:00		14:35 - 16:00		14:35 - 16:00						p****		7:05		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01109655	Miszczak		Justyna		87033014381		Lekarz - specjalista anestezjologii i intensywnej terapii					specjalista		3129762							
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)	
14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00		14:35 - 17:00						p****		12:05		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01115793	Kuźnicki		Paweł		91031904434		Lekarz - specjalista gastroenterologii					specjalista		3374595							
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)	
										08:00 - 14:00				p****		6:00		01-01-2025		31-12-2025	

IV. Sprzęt									
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)	Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status**	
148134	DEFIBRYLATOR	1	P1G25F371	2008	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
148135	ŹRÓDŁO TLENU	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
148137	ZESTAW DO UDRAŻNIANIA DRÓG ODDECHOWYCH,INTUBACJI DOTCHAWICZNEJ,REANIMACJI I RESUSCYTACJI	2		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
148268	WOREK SAMOROZPRĘŻALNY DLA DOROSŁYCH Z KOMPLETEM MASEK TWARZOWYCH I REZERWUAREM DO PROWADZENIA SZTUCZNEJ WENTYLACJI PODCZAS ZABIEGÓW RATOWNICZYCH (AMBU)	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
150250	GASTROSKOP	1	2905290	2009	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
183055	GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY	2		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
24552	GASTROSKOP	1	2601432	2006	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
24562	DIATERMIA	1	36709	2006	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
24563	GASTROSKOP	1	2601824	2006	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
248837	KOLONOSKOP	1	2103695	2010	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
248838	KOLONOSKOP	1	2103291	2011	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
248839	KOLONOSKOP	1	2303584	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289181	DIATERMIA	1	601243	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289182	GASTROSKOP	1	2754020	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289183	ZESTAW KOMPUTEROWY	1	ZESTAW DO ARCHIWIZACJI BADAŃ	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289184	OPROGRAMOWANIE DO ARCHIWIZACJI DANYCH PACJENTA W SYSTEMIE KOMPUTEROWYM, W TYM IMIĘ I NAZWISKO, NUMER PESEL,, DATA URODZENIA, DATA I RODZAJ BADANIA, OPIS WYNIKU BADANIA	1	4247480534	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289185	ENDOSKOP	1	2926-8	2015	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289186	GASTROSKOP	1	7722441	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289187	GASTROSKOP	1	7722311	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289188	GASTROSKOP	1	2712059	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289189	GASTROSKOP	1	2757279	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289190	STANOWISKO DO AUTOMATYCZNEGO MYCIA I DEZYNFEKCJI ENDOSKOPÓW	1	21737617	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289191	ULTRASONOGRAF USG A+B+ 3D (VOLUMETRIA)	1	205U3502	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289192	ŹRÓDŁO ŚWIATŁA	1	7776897	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289193	KOLONOSKOP	1	2610947	2016	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289194	KOLONOSKOP	1	2610946	2016	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289195	APARAT RENTGENOWSKI	1	687	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289365	ENDOSKOP	1	2925-8	2015	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289367	MYJKA	1	09111772	2009	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289368	MYJKA	1	21319688	2015	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		

289369	ENDOSKOP	1	2202565	2011	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
289370	ENDOSKOP	1	2206554	2015	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
289371	DIATERMIA	1	15341P500006	2014	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
289372	KOLONOSKOP	1	2500479	2015	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
289373	KOLONOSKOP	1	2510290	2015	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
289374	MYJKA	1	15112487	2015	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
289375	STANOWISKO DO AUTOMATYCZNEGO MYCIA I DEZYNFEKCJI ENDOSKOPÓW	1	21737617	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
289376	APARAT DO UZDATNIANIA WODY	1	41750685	2015	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
289377	SSAK	1	7649182	2016	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
319478	STANOWISKO ZNIECZULENIA OGÓLNEGO	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
319479	STANOWISKO WYBUDZEŃ	3		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
319485	KARDIOMONITOR	1	S1SME1925	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
319486	KARDIOMONITOR	1	S1SME1991	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
319487	ZASILANIE ELEKTRYCZNE Z SYSTEMEM AWARYJNYM	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
319488	MONITOR WIELOFUNKCYJNY	1	45890874	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
319491	RURKI DOTCHAWICZE ŚREDNICY 6-9 MM	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
319492	MASKI TLENOWE JEDNORAZOWE	2		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
319493	MASKĘ TLENOWĄ DO ENDOSKOPII OSKRZELI LUB GASTROSKOPII	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
319495	APARAT DO ZNIECZULANIA	1	ARXL-0154	2006	w lokalizacji	01-01-2025	31-12-2025	
319497	LARYNGOSKOP Z WYMIENNYMI ŁOPATKAMI	1	4136	2009	w lokalizacji	01-01-2025	31-12-2025	
331596	MANOMETR	1	23710476	2023	poza lokalizacją	01-01-2025	31-12-2025	
332404	DEFIBRYLATOR	1	45890874	2017	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	

Pozycja	3	Kod zakresu	10.7940.158.02 - 1	Nazwa zakresu	PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA PIERSI - ETAP PODSTAWOWY - W PRACOWNI STACJONARNEJ					
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**
153564		PRACOWNIA MAMMOGRAFII			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych		238	7242	HC.4.2.-31	

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**
07:00 - 22:00	07:00 - 22:00	07:00 - 22:00	07:00 - 22:00	07:00 - 22:00	08:00 - 14:00		01-01-2025	31-12-2025	

III. Personel													
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01000973	Szaszorowska-Rucińska		Elżbieta		54031605941	Lekarz - specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej					specjalista	1329798	
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)
				15:00 - 17:00				08:00 - 14:00		p****	8:00	01-01-2025	31-12-2025
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01011966	Nowicki		Jacek		65091300732	Lekarz - specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej					specjalista	3472892	
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)
19:00 - 21:00					19:00 - 21:00			08:00 - 14:00		p****	10:00	01-01-2025	31-12-2025
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01031495	PIEKACZ		DOROTA		63102010061	Technik elektroradiolog					bez specjalizacji		
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)
07:00 - 14:35		07:00 - 14:35		07:00 - 14:35	07:00 - 14:35			08:00 - 14:00		p****	43:55	01-01-2025	31-12-2025
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01091058	Jaworska		Katarzyna		81031901067	Lekarz - specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej					specjalista	2298405	
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)
				07:00 - 09:00			07:00 - 09:00	08:00 - 14:00		p****	10:00	01-01-2025	31-12-2025
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01103813	GRZYBOWSKA		KAJA		91071401423	Technik elektroradiolog					bez specjalizacji		
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)
14:00 - 22:00		14:35 - 22:00		14:30 - 22:00	14:30 - 22:00		14:30 - 22:00	08:00 - 14:00		p****	43:55	01-01-2025	31-12-2025

IV. Sprzęt								
Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)	Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status**
147962	DRUKARKA	1	47231616	2005	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
186490	BŁONY MAMMOGRAFICZNE	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
186704	ZESTAW DO BIOPSJI	1		2010	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
24540	NEGATOSKOP	1	20084003	2008	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
274216	SYSTEM DO BGPWP POD KONTROLĄ USG (APARAT USG Z GŁOWICĄ LINIOWĄ)	1	PC2093-F-UK	2009	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
274217	USG	1	198318SU8	2012	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
274353	ZESTAW DO BIOPSJI	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
276591	SZKŁO POWIĘKSZAJĄCE 5X	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
276592	WYWOŁYWARKA	1	301719	2005	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
276599	PRZEZIERNĄ OSŁONĄ STANOWISKA TECHNIKA Z MATERIAŁU O EKWIWALENCIE CO NAJMNIEJ 0,5 MM PB	1	20437	2005	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
290810	MAMMOGRAF	1	SDM 181700185	2018	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
291042	KONSOLA TECHNIKA (DOTYCZY MAMMOGRAFII Z CYFROWĄ POŚREDNIĄ (CR) I BEZPOŚREDNIĄ (DDR) REJESTRACJĄ OBRAZU)	1	SDM 181700185	2018	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
291043	ZESTAW DO PODSTAWOWYCH TESTÓW KONTROLI JAKOŚCI W MAMMOGRAFII CYFROWEJ	1	805232-11/16004	2018	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
332069	DRUKARKA	1	59540772	2018	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
332070	USG	1	G3082851	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	
332464	STANOWISKO OPISOWE DLA LEKARZA (DOTYCZY MAMMOGRAFII Z CYFROWĄ POŚREDNIĄ (CR) I BEZPOŚREDNIĄ (DDR) REJESTRACJĄ OBRAZU)	1		0	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025	

Data sporządzenia: 18-12-2024

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 2023 r. poz. 991, z późn.zm.)

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

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy

**** 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

HARMONOGRAM - ZASOBY
Załącznik nr 2a do umowy nr

rodzaj świadczeń: programy zdrowotne
(dotyczy Programu profilaktyki raka piersi realizowanego w trybie mobilnym - mammobus)

Obszar udzielania świadczeń:												Personel udzielający świadczeń				
data postoju mammobusu		model mammografu	nr seryjny mammografu	rok produkcji mammografu	miejsce postoju mammobusu nazwa powiatu	miejsce postoju mammobusu nazwa gminy	miejsce postoju mammobusu nazwa miasto/wieś	godziny postoju		miejsce postoju nazwa	miejsce postoju adres	nazwisko	imię	grupa zawodowa	PESEL	Nr prawa wykonywania zawodu
data	dzień tygodnia							od	do							
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e</i>	<i>f</i>	<i>g</i>	<i>h</i>	<i>i</i>	<i>j</i>	<i>k</i>	<i>l</i>	<i>m</i>	<i>n</i>	<i>o</i>	<i>p</i>	<i>r</i>

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

WYKAZ PODWYKONAWCÓW

Załącznik nr 3 do umowy nr 10/1/3201032/01/2025/01

Rodzaj świadczeń: PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY	3502047			Status D, M, U*		
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy						
Nazwa	NZOZ Nyski Ośrodek Onkologii "ONKOVIT" Sp. z o.o.					
Adres siedziby	Marii Rodziewiczówny 34 48-300 Nysa					
Kod terytorialny i nazwa	1607054 - Nysa					
REGON	020345315			NIP	8971719347	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	spółka z ograniczoną odpowiedzialnością					
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	Pietrzyk Grażyna			Telefon	+48 602 378 278	
Dane rejestrowe podwykonawcy						
Rodzaj rejestru	wpis do Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnych Wojewody			Nr wpisu do rejestru	16-00639	
Organ rejestrujący	Wojewoda Opolski			Data wpisu	16-10-2006	
				Data ostatniej aktualizacji		
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa						
Umowa/promesa	Umowa					
Data, od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	01-01-2025			Pozycja/e umowy	1, 3	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	31-12-2025			Przedmiot świadczeń podwykonywanych	usługa	
Opis przedmiotu podwykonawstwa	WYKONYWANIE BADAŃ Z ZAKRESU REALIZACJI OBSŁUGI PROGRAMU PROFILAKTYKI RAKA PIERSI W ETAPIE PODSTAWOWYM I POGŁĘBIONYM					

Data sporządzenia 18-12-2024

Fundusz**

Świadczeniodawca***

* D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto
** 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