

ANEKS NR 4
DO UMOWY Nr 11/1/3201032/01/2024/02
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI

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 11/1/3201032/01/2025/01
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI

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 Senddeckiego 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. z 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 gwarantowanych opieki zdrowotnej, w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”, w zakresach określonych w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Świadczeniodawca obowiązany 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 (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”,
 - b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia
 - w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wydanym na podstawie art. 31d ustawy,
 - w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;
 - 2) ze szczególnymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 ustawy.
3. Świadczeniodawca obowiązany jest do zapoznania 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 gwarantowane w poszczególnych zakresach świadczeń 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”.
2. Dane o potencjale wykonawczym Świadczeniodawcy przeznaczonym do realizacji umowy, będące w jego dyspozycji, określone są w załączniku nr 2 – „Harmonogram - zasoby”.
3. Świadczenia gwarantowane 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 odrębnych i w szczegółowych warunkach umów.
5. Dopuszczalne jest zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie niepełnego zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.
6. Umowa zawarta pomiędzy Świadczeniodawcą a podwykonawcą winna zawierać zastrzeżenie o prawie Funduszu 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 podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń oraz jej wynikach.

7. 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.
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 opieki zdrowotnej, 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 Funduszu, na zasadach i warunkach określonych w zarządzeniu Prezesa Funduszu w sprawie korzystania z Portalu Funduszu.

§ 3.

Świadczeniodawca, w okresie realizacji umowy, 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.

WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ

§ 4.

1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie 01-01-2025 - 31-12-2025 wynosi maksymalnie 12 295 420,40 zł (słownie: dwanaście milionów dwieście dziewięćdziesiąt pięć tysięcy czterysta dwadzieścia złotych czterdzieści 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 którym mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
5. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń, Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:
Dane posiadacza rachunku bankowego: Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego 58-309 WAŁBRZYCH Alfreda Sokołowskiego 4
nr 15 1500 1764 1217 6001 3267 0000.
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. Należność za bieżący okres sprawozdawczy, określona w rachunku, ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w Ogólnych warunkach umów.
8. 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, późn. zm.).
9. Rachunki z tytułu realizacji umowy Świadczeniodawca może przesłać w formie papierowej lub w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu, pod warunkiem zapewnienia autentyczności pochodzenia, integralności treści i czytelności rachunku.

§ 5.

1. W przypadku realizacji świadczeń w zakresie hemodializoterapia oraz dializoterapia otrzewnowa Świadczeniodawca przekazuje Oddziałowi Funduszu informacje, zawierające w szczególności:
 - 1) datę podania preparatu stymulującego erytropoezę;
 - 2) stężenie hemoglobiny we krwi;
 - 3) nazwę preparatu stymulującego erytropoezę;
 - 4) dawkę preparatu stymulującego erytropoezę.
2. Świadczeniodawca jest zobowiązany 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.

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 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 zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. 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 we właściwym Oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi e-WUŚ w celu zapewnienia możliwości realizacji uprawnień świadczeniobiorców wynikających z art. 50 ust. 3 ustawy, Oddział Funduszu może nałożyć na Świadczeniodawcę karę umowną w wysokości do 1% kwoty zobowiązania określonej w umowie.
5. W przypadku nieprzeznaczenia przez Świadczeniodawcę środków, wynikających z ustalenia współczynników korygujących, o których mowa w § 16 ust. 3 Ogólnych warunków umów, w sposób określony w § 16 ust. 3 i 4 Ogólnych warunków umów, 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 30-06-2029 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 Funduszu.

§ 9.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzenia Ministra właściwego do spraw Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

§ 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.

PODPISY STRON

.....

Fundusz

.....

Świadczeniodawca

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 2 do umowy nr 11/1/3201032/01/2025/01

Rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI

Pozycja	1	Kod zakresu	11.4132.001.02 - 1	Nazwa zakresu	DIALIZOTERAPIA OTRZEWNOWA					
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**
103767		ZESPÓŁ DOMOWEJ DIALIZOTERAPII OTRZEWNOWEJ			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych		237	2130	HC.4.4.-57	

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 - 14:35	07:00 - 14:35	07:00 - 14:35	07:00 - 14:35	07:00 - 14:35			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**				
01000564	Miśkiewicz		Piotr	72042901195	Lekarz - specjalista nefrologii				specjalista	6718733					
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				p****	37:55	01-01-2025	31-12-2025
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**				
01018926	WEISS		ROZITA	64032303564	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego				specjalista	4003670P					
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				p****	37:55	01-01-2025	31-12-2025
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**				
01025499	Dębowska		Izabella	72123100167	Lekarz - specjalista chorób wewnętrznych				specjalista	7718757					
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)
07:25 - 11:00		07:25 - 11:00		07:25 - 11:00				07:25 - 11:00				p****	14:20	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**		
147787	ZESTAW DO PROWADZENIA DIALIZY OTRZEWNOWEJ	1	ZESTAW	2009	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025			
24535	APARAT RENTGENOWSKI	1	08000868	2009	w lokalizacji	01-01-2025	31-12-2025			
299329	USG	1	6015756WX0	2018	w lokalizacji	01-01-2025	31-12-2025			
317433	TOMOGRAF KOMPUTEROWY	1	SNPL1505CT02	2014	w lokalizacji	01-01-2025	31-12-2025			
331975	ZESTAW DO PROWADZENIA DIALIZY OTRZEWNOWEJ	4	ZESTAW	2024	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025			
332093	CYKLER	1	9PEA 5942	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025			

Pozycja	2	Kod zakresu	11.4132.003.12 - 1	Nazwa zakresu	HEMODIALIZOTERAPIA - Z ZAPEWNIENIEM 24-GODZINNEGO DYŻURU					
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**
36796		STACJA DIALIZ			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych		004	4132	HC.4.4.-57	

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**
00:00 - 23:59	00:00 - 23:59	00:00 - 23:59	00:00 - 23:59	00:00 - 23:59	00:00 - 23:59	00:00 - 23:59	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**
01000564	Miśkiewicz	Piotr	72042901195	Lekarz - specjalista nefrologii				specjalista	6718733	
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****	26:05	01-01-2025	31-12-2025

ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01012422		Lebiedź		Maria		60080903664		Lekarz - specjalista nefrologii				specjalista		9624978							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01012709		Dobrowolski		Robert		75111409510		Lekarz - specjalista nefrologii				specjalista		3450526							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01014012		GADZIŃSKA		MAGDALENA		72113006721		Pielęgniarka				bez specjalizacji		4003227P							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01018906		GACEK		BEATA		67012508821		Pielęgniarka				bez specjalizacji		4003678P							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01018909		KOCIUBA		ANETTA		70082706226		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego				specjalista		4003851P							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01018912		Kubińska		Renata		65062312603		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa internistycznego (zachowawczego)				specjalista		4003717P							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01018913		KUCHTA		EDYTA		66012211188		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego				specjalista		4004276P							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01018914		LONC		JOLANTA		62032605907		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego				specjalista		4000060P							
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****		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**					
01018917		Skrzypczak-Chiniewicz		MAŁGORZATA		65030614926		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa epidemiologicznego				w trakcie specjalizacji		4003673P							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01018918		SKURATKO		ELŻBIETA		64060811244		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego				specjalista		4003713P							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01018919		STACHOWIAK		AGNIESZKA		72081308942		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego				specjalista		4003968P							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01018927		WĘGROWSKA		ILONA		75050917402		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego				specjalista		4003714P							
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		01-01-2025		31-12-2025	
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01018928		ZMARZŁY		KRYSTYNA		63051003347		Pielęgniarka				bez specjalizacji		4003976P							
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****		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**					
01025499		Dębowska		Izabella		72123100167		Lekarz - specjalista chorób wewnętrznych				specjalista		7718757							

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****		16:00		01-01-2025		31-12-2025					
ID osoby (a)		Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)										St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**	
01027649		MADEJCZYK			DARIUSZ			76092613093		Lekarz - specjalista nefrologii										specjalista		1502881			
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		01-01-2025		31-12-2025					
ID osoby (a)		Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)										St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**	
01029411		BOROWY			AGNIESZKA			75071318488		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa internistycznego (zachowawczego)										specjalista		4002267P			
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		01-01-2025		31-12-2025					
ID osoby (a)		Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)										St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**	
01029426		ZIELAK			JADWIGA			58012414920		Pielęgniarka										bez specjalizacji		4003969P			
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		01-01-2025		31-12-2025					
ID osoby (a)		Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)										St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**	
01029808		Grzebieniak			Małgorzata			60012408542		Pielęgniarka										bez specjalizacji		4000707P			
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		01-01-2025		31-12-2025					
ID osoby (a)		Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)										St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**	
01029810		Wierzbicka			Mariola			65083110684		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa nefrologicznego										specjalista		4003962P			
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		01-01-2025		31-12-2025					
ID osoby (a)		Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)										St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**	
01030780		KOWAL			AGNIESZKA			78030213408		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa internistycznego (zachowawczego)										specjalista		4001408P			
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****		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**	
01035225		KOMIDAJ			KATARZYNA			71071307387		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa internistycznego (zachowawczego)										specjalista		4004780P			
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		01-01-2025		31-12-2025					
ID osoby (a)		Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)										St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**	
01035735		DZIMIRA			MAGDALENA			76101909146		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa ratunkowego										specjalista		4004203P			
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****		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**	
01091055		Muszewski			Mateusz			81012910530		Lekarz - specjalista nefrologii										specjalista		2006332			
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****		50:00		01-01-2025		31-12-2025					
ID osoby (a)		Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)										St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**	
01108515		NYCNEKSKA			TERESA			93082309961		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa internistycznego (zachowawczego)										specjalista		4005262P			
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		01-01-2025		31-12-2025					
ID osoby (a)		Nazwisko (b)			Imiona (c)			PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)										St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**	
01114575		ANIOLA			KATARZYNA			75030203107		Psycholog kliniczny										specjalista					
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****		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**	
01126713		AJCHEL			KAROLINA			96012208660		Pielęgniarka										bez specjalizacji		4005360P			
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****		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**	
01128671		Tomasik			Paula			96053000807		Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa internistycznego (zachowawczego)										specjalista		4005365P			
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****	20:00	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**	
125381	APARAT DO HEMODIALIZY	1	29633	2007	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
125383	EKG	1	1208A0128F	2008	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
127020	APARAT DO HEMODIALIZY	1	29156	2007	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
127024	APARAT DO HEMODIALIZY	1	29154	2007	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
127065	APARAT DO HEMODIALIZY	1	33419	2008	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
127068	APARAT DO HEMODIALIZY	1	32330	2007	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
127097	APARAT DO HEMODIALIZY	1	29632	2007	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
127112	APARAT DO HEMODIALIZY	1	33422	2008	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
143693	KONCENTRATY PŁYNÓW DIALIZACYJNYCH ORAZ SUBSTRATY DO ICH PRODUKCJI "ON-LINE" - ZAREJESTROWANE JAKO WYROBY MEDYCZNE	1		2024	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
143694	SPRZĘT RESUSCYTACYJNY	1	0000	2024	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
147752	KONCENTRATY PŁYNÓW DIALIZACYJNYCH ORAZ SUBSTRATY DO ICH PRODUKCJI "ON-LINE" - ZAREJESTROWANE JAKO WYROBY MEDYCZNE	1		2024	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
148238	POMPA INFUZYJNA	1	14297	2007	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
148240	POMPA INFUZYJNA	1	14295	2007	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
237113	APARAT DO HEMODIALIZY	1	25852	2006	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
24535	APARAT RENTGENOWSKI	1	08000868	2009	w lokalizacji	01-01-2025	31-12-2025		
252941	APARAT DO UZDATNIANIA WODY	1	200761	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252942	SPRZĘT DO HEMODIALIZY	1	AF13-005379	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252943	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203676	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252944	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203677	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252945	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203673	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252946	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203670	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252947	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203711	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252948	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203713	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252949	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203678	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252950	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203680	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252952	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203672	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252953	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203671	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252954	APARAT DO HEMODIALIZY	1	300725	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252955	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203675	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252956	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203679	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252957	APARAT DO HEMODIALIZY	1	300779	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252958	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203674	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252959	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203712	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252960	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203279	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
252961	APARAT DO HEMODIALIZY	1	203278	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
289702	DEFIBRYLATOR	1	44759770	2016	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
299329	USG	1	6015756WX0	2018	w lokalizacji	01-01-2025	31-12-2025		
313566	KARDIOMONITOR	1	SN0071E006132	2021	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
313568	APARAT DO HEMODIALIZY	1	316954	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
313569	APARAT DO HEMODIALIZY	1	316952	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
313570	APARAT DO HEMODIALIZY	1	316955	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
313571	APARAT DO HEMODIALIZY	1	316951	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
313572	APARAT DO HEMODIALIZY	1	316953	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
317433	TOMOGRAF KOMPUTEROWY	1	SNPL1505CT02	2014	w lokalizacji	01-01-2025	31-12-2025		
331972	SPRZĘT DO HEMODIALIZY	1	900324	2013	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
331977	APARAT DO HEMODIALIZY	1	275366	2023	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
331980	APARAT DO HEMODIALIZY	1	275368	2022	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
331983	APARAT DO HEMODIALIZY	1	275369	2022	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
331985	APARAT DO HEMODIALIZY	1	275367	2022	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
331988	APARAT DO HEMODIALIZY	1	275365	2022	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
332000	KARDIOMONITOR	1	S1SNE2108	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
332024	KARDIOMONITOR	1	S1SNE1996	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
332025	KARDIOMONITOR	1	S1SNE1963	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
332026	KARDIOMONITOR	1	S1SNE2455	2020	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		
332027	WAGA MEDYCZNA ZE WZROSTOMIERZEM	1	139969/05T6496	2006	w miejscu	01-01-2025	31-12-2025		

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, D - harmonogram dodatkowy
**** 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

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr 1 do umowy nr 11/1/3201032/01/2025/01						Wersja 1		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego: 1 OW NFZ		
Rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNIIE										
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ				3201032						
Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych				SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOLOWSKIEGO						
ROK 2025 (umowa 11/1/3201032/01/2025/01, wersja 1) - kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych roku, z wyłączeniem środków, o których mowa w Art. 31 ustawy o Funduszu Medycznym 12 295 420,40 zł (słownie - dwanaście milionów dwieście dziewięćdziesiąt pięć tysięcy czterysta dwadzieścia złotych czterdzieści 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		11.4132.001.02 - 1	DIALIZOTERAPIA OTRZEWNOWA			103767	PUNKT ROZLICZENIOWY	296 786,0000	1,49	442 211,140000
2		11.4132.003.12 - 1	HEMODIALIZOTERAPIA - Z ZAPEWNIENIEM 24-GODZINNEGO DYŻURU			36796	ŚWIADCZENIE	7 955 174,0000	1,49	11 853 209,260000
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								12 295 420,40		
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	1 024 617,87	Luty	1 024 617,87	Marzec	1 024 617,87	Kwiecień	1 024 617,87	
		Maj	1 024 617,87	Czerwiec	1 024 617,87	Lipiec	1 024 617,87	Sierpień	1 024 617,87	
		Wrzesień	1 024 617,87	Październik	1 024 617,87	Listopad	1 024 620,85	Grudzień	1 024 620,85	
W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje										
Pozycja	1	Kod zakresu	11.4132.001.02 - 1	Nazwa zakresu	DIALIZOTERAPIA OTRZEWNOWA					
Kod miejsca	103767	Nazwa miejsca	ZESPÓŁ DOMOWEJ DIALIZOTERAPII OTRZEWNOWEJ							
Adres miejsca	WAŁBRZYZH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Wałbrzych					TERYT	0265011			
			Styczeń		Luty		Marzec			
liczba * cena			24 732,0000 * 1,49		24 732,0000 * 1,49		24 732,0000 * 1,49			
wartość			36 850,680000		36 850,680000		36 850,680000			
			Kwiecień		Maj		Czerwiec			
liczba * cena			24 732,0000 * 1,49		24 732,0000 * 1,49		24 732,0000 * 1,49			
wartość			36 850,680000		36 850,680000		36 850,680000			
			Lipiec		Sierpień		Wrzesień			
liczba * cena			24 732,0000 * 1,49		24 732,0000 * 1,49		24 732,0000 * 1,49			
wartość			36 850,680000		36 850,680000		36 850,680000			
			Październik		Listopad		Grudzień			
liczba * cena			24 732,0000 * 1,49		24 733,0000 * 1,49		24 733,0000 * 1,49			
wartość			36 850,680000		36 852,170000		36 852,170000			
Razem								LICZBA	296 786,0000	
								WARTOŚĆ (zł)	442 211,140000	
W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje										
Pozycja	2	Kod zakresu	11.4132.003.12 - 1	Nazwa zakresu	HEMODIALIZOTERAPIA - Z ZAPEWNIENIEM 24-GODZINNEGO DYŻURU					
Kod miejsca	36796	Nazwa miejsca	STACJA DIALIZ							
Adres miejsca	WAŁBRZYZH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Wałbrzych				TERYT	0265011				
			Styczeń		Luty		Marzec			
liczba * cena			662 931,0000 * 1,49		662 931,0000 * 1,49		662 931,0000 * 1,49			
wartość			987 767,190000		987 767,190000		987 767,190000			
			Kwiecień		Maj		Czerwiec			
liczba * cena			662 931,0000 * 1,49		662 931,0000 * 1,49		662 931,0000 * 1,49			
wartość			987 767,190000		987 767,190000		987 767,190000			
			Lipiec		Sierpień		Wrzesień			
liczba * cena			662 931,0000 * 1,49		662 931,0000 * 1,49		662 931,0000 * 1,49			
wartość			987 767,190000		987 767,190000		987 767,190000			
			Październik		Listopad		Grudzień			
liczba * cena			662 931,0000 * 1,49		662 932,0000 * 1,49		662 932,0000 * 1,49			
wartość			987 767,190000		987 768,680000		987 768,680000			
Razem								LICZBA	7 955 174,0000	
								WARTOŚĆ (zł)	11 853 209,260000	

Data sporządzenia 19-12-2024

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

WYKAZ PODWYKONAWCÓW

Załącznik nr 3 do umowy nr 11/1/3201032/01/2025/01

Rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY		3122019	Status D, M, U*	
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy				
Nazwa	Affidea Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością			
Adres siedziby	Plac Europejski 2 00-844 Warszawa			
Kod terytorialny i nazwa	1465188 - Wola			
REGON	141150948	NIP	1070008817	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	spółka z ograniczoną odpowiedzialnością			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	Katarzyna Glowacka	Telefon	+48 691 311 308	
Dane rejestrowe podwykonawcy				
Rodzaj rejestru	wpis do Krajowego Rejestru Sądowego		Nr wpisu do rejestru	0000289698
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy		Data wpisu	08-10-2007
			Data ostatniej aktualizacji	
Rodzaj rejestru	wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - w części dotyczącej podmiotów leczniczych		Nr wpisu do rejestru	000000022233
Organ rejestrujący	Wojewoda Mazowiecki		Data wpisu	09-06-2008
			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	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	31-12-2025	Przedmiot świadczeń podwykonywanych	świadczenie	
Opis przedmiotu podwykonawstwa	Świadczenia z zakresu Tomografii PET/CT			
UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY		8501001	Status D, M, U*	
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy				
Nazwa	DIAGNOSTYKA S.A.			
Adres siedziby	prof. Michała Życzkowskiego 16 31-864 Kraków			
Kod terytorialny i nazwa	1261011 - Kraków			
REGON	356366975	NIP	6751265009	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	spółka akcyjna			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	Grażyna Gajda-Sicińska	Telefon	+48 663 680 944	
Dane rejestrowe podwykonawcy				
Rodzaj rejestru	wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - w części dotyczącej podmiotów leczniczych		Nr wpisu do rejestru	000000005831
Organ rejestrujący	Wojewoda Małopolski		Data wpisu	06-02-1998
			Data ostatniej aktualizacji	06-09-2021
Rodzaj rejestru	wpis do Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych		Nr wpisu do rejestru	1685
Organ rejestrujący	Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych		Data wpisu	30-09-2004
			Data ostatniej aktualizacji	
Rodzaj rejestru	wpis do Krajowego Rejestru Sądowego		Nr wpisu do rejestru	0000918455
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy		Data wpisu	02-09-2021
			Data ostatniej aktualizacji	02-09-2021
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, 2	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	30-06-2025	Przedmiot świadczeń podwykonywanych	usługa	
Opis przedmiotu podwykonawstwa	badania z zakresu analityki ogólnej, biochemii, hematologii i koagulologii i mikrobiologii			
UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY		8501072	Status D, M, U*	
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy				
Nazwa	GREGOR INVEST Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością			
Adres siedziby	Adama Mickiewicza 9a 83-200 Starogard Gdański			
Kod terytorialny i nazwa	2213031 - Starogard Gdański			
REGON	526544164	NIP	5922296069	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	spółka z ograniczoną odpowiedzialnością			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	Grzegorz Chudzik	Telefon	+48 58 562 22 06	
Dane rejestrowe podwykonawcy				
Rodzaj rejestru	wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą - w części dotyczącej podmiotów leczniczych		Nr wpisu do rejestru	000000025002
Organ rejestrujący	Wojewoda Pomorski		Data wpisu	21-10-2010
			Data ostatniej aktualizacji	20-10-2023
Rodzaj rejestru	wpis do Krajowego Rejestru Sądowego		Nr wpisu do rejestru	0001058704
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy		Data wpisu	02-10-2023
			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, 2	
Data, do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	31-12-2025	Przedmiot świadczeń podwykonywanych	usługa	
Opis przedmiotu podwykonawstwa	Transport osób dializowanych			

Data sporządzenia 19-12-2024

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