

**ANEKS NR 13**  
**DO UMOWY Nr 02/3/3201032/01/2024/01**  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**- AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**  
**(AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE)**

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. 353<sup>1</sup> 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 02/3/3201032/01/2025/01**  
**O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ**  
**- AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**  
**(AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYCZNE KOSZTOCHŁONNE)**

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 opieki zdrowotnej, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne), zwanych dalej „świadczeniami”, w zakresach określonych w Planie rzeczowo-finansowym, stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
2. Świadczeniodawca zobowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:
  - 1) z warunkami udzielania świadczeń określonymi:
    - a) w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,
    - b) w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia:
      - w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wydanym na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach,
      - w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wydanym na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach, zwanym dalej „Ogólnymi warunkami umów”;
  - 2) ze szczegółowymi warunkami zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, określonymi przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, zwanymi dalej „szczegółowymi warunkami umów”.
3. Świadczeniodawca obowiązany jest zapoznać z przepisami § 12 Ogólnych warunków umów wszystkie osoby, które udzielają świadczeń lub udzielają informacji świadczeniobiorcom o sposobie, trybie oraz zasadach udzielania świadczeń w jego placówce.

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 2.**

1. Świadczenia 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”.
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 1, w przepisach odrębnych i szczegółowych warunkach umów.
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 o świadczeniach, 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 wojewódzkiego 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 oraz w umowie upoważniającej do korzystania z tego Portalu.
10. Świadczeniodawca jest obowiązany do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

### **§ 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 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 30-06-2025 r. wynosi maksymalnie 413 213,52 zł (słownie: czterysta trzynaście tysięcy dwieście trzynaście złotych pięćdziesiąt dwa grosze).
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 zawartej umowy za realizację świadczeń, Fundusz wypłaca na rachunek bankowy: Dane posiadacza rachunku bankowego: Specjalistyczny Szpital im. dra Alfreda Sokołowskiego, 58-309 WAŁBRZYCH Alfreda Sokołowskiego 4 nr 49 1020 3668 0000 5502 0452 1274.
6. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 5, wymaga uprzednio 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, z późn. zm.).
9. W przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, w zakresie: badania tomografii komputerowej lub w zakresie: badania rezonansu magnetycznego, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.
10. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia w zakresach świadczeń ASDK niewymienionych w ust. 9, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.
11. Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach innych niż wymienione w ust. 9 i 10, po przekroczeniu wartości określonej na ich realizację w umowie, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, odpowiedniemu zwiększeniu ulega liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.
12. 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.**

Świadczeniodawca jest obowiązany 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 wyroby medyczne wydawane na zlecenie, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 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 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, 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 20-12-2023 r. do dnia 30-06-2025 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.

### § 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

.....  
**Narodowy Fundusz Zdrowia**

.....  
**Świadczeniodawca**

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr 1 do umowy nr 02/3/3201032/01/2025/01					Wersja 1		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego: 1 OW NFZ	
Rodzaj świadczeń: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA								
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 02/3/3201032/01/2025/01, wersja 1) - kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych roku, z wyłączeniem środków, o których mowa w Art. 31 ustawy o Funduszu Medycznym 413 213,52 zł (słownie - czterysta trzynaście tysięcy dwieście trzynaście złotych pięćdziesiąt dwa grosze)								
Okres rozliczeniowy od 01-01-2025 do 30-06-2025								
Pozycja	Podstawa *	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielania świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jedn. rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
1		02.7220.072.02 - 1	BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)	247624	PUNKT ROZLICZENIOWY	271 851,0000	1,52	413 213,520000
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								413 213,52

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	68 868,16	Luty	68 868,16	Marzec	68 868,16	Kwiecień	68 869,68
		Maj	68 869,68	Czerwiec	68 869,68	Lipiec		Sierpień	
		Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	

W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja	1	Kod zakresu	02.7220.072.02 - 1	Nazwa zakresu	BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)				
Kod miejsca	247624	Nazwa miejsca	Pracownia Tomografii Komputerowej B						
Adres miejsca	WALBRZYZCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309 Walbrzych								
		Styczeń			Luty		TERYT	0265011	
liczba * cena		45 308,0000 * 1,52			45 308,0000 * 1,52		45 308,0000 * 1,52		
wartość		68 868,160000			68 868,160000		68 868,160000		
		Kwiecień			Maj		Czerwiec		
liczba * cena		45 309,0000 * 1,52			45 309,0000 * 1,52		45 309,0000 * 1,52		
wartość		68 869,680000			68 869,680000		68 869,680000		
		Lipiec			Sierpień		Wrzesień		
liczba * cena									
wartość									
		Październik			Listopad		Grudzień		
liczba * cena									
wartość									
Razem							LICZBA	271 851,0000	
							WARTOŚĆ (zł)	413 213,520000	

Data sporządzenia 27-12-2024

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



HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 2 do umowy nr 02/3/3201032/01/2025/01  
Rodzaj świadczeń: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Pozycja	1	Kod zakresu	02.7220.072.02 - 1	Nazwa zakresu	BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)							
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**
247624		Pracownia Tomografii Komputerowej B			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych				281	7220	HC.4.2.2.-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**	
12:00 - 18:00	08:00 - 12:00	12:00 - 16:00	12:00 - 16:00	08:00 - 12:00			01-01-2025		30-06-2025			
III. Personel												
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01020572	CHMIELEWSKA		WIOLETTA	76122103725	Pielęgniarka				bez specjalizacji	4002945P		
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)		
12:00 - 18:00	08:00 - 12:00	12:00 - 16:00	12:00 - 16:00	08:00 - 12:00			p***	22:00	01-01-2025	30-06-2025		
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01031490	KRZYŻANOWSKI		TOMASZ	70020502651	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)		
12:00 - 15:00	08:00 - 12:00	12:00 - 15:00	12:00 - 15:00	08:00 - 12:00			p***	17:00	01-01-2025	30-06-2025		
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01040013	KOWALIK		MAŁGORZATA	75053112040	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego				specjalista	4004566P		
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)		
12:00 - 15:00	08:00 - 12:00	12:00 - 15:00	12:00 - 15:00	08:00 - 12:00			p***	17:00	01-01-2025	30-06-2025		
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01060608	BOCHEŃSKA		ANETA	85061813783	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa neurologicznego				specjalista	4004990P		
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)		
12:00 - 16:00	08:00 - 12:00	12:00 - 16:00	12:00 - 16:00	08:00 - 12:00			p***	20:00	01-01-2025	30-06-2025		
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01087081	Toczyńska		Magdalena	76030702481	Pielęgniarka - specjalista pielęgniarstwa rodzinnego				specjalista	4004142P		
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)		
12:00 - 16:00	08:00 - 12:00	12:00 - 16:00	12:00 - 16:00	08:00 - 12:00			p***	20:00	01-01-2025	30-06-2025		
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01095347	Pietrzykowski		Zbigniew	87031402690	Lekarz - specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej				specjalista	2846355		
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)		
12:00 - 18:00	08:00 - 12:00	12:00 - 16:00	12:00 - 16:00	08:00 - 12:00			p***	22:00	01-01-2025	30-06-2025		
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01097640	Olchowy		Cyprian	85121406456	Lekarz - specjalista radiologii i diagnostyki obrazowej				specjalista	2589316		
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 - 12:00						p***	4:00	01-01-2025	30-06-2025		
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01098138	LESZCZYŃSKA		MARZENA	79052616284	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)		
12:00 - 18:00	08:00 - 12:00	12:00 - 16:00	12:00 - 16:00	08:00 - 12:00			p***	22:00	01-01-2025	30-06-2025		
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01098316	WINIARSKA		Ewa	90012408143	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)		
15:00 - 18:00	08:00 - 12:00	15:00 - 16:00	15:00 - 16:00	08:00 - 12:00			p***	13:00	01-01-2025	30-06-2025		
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01103813	GRZYBOWSKA		KAJA	91071401423	Pielęgniarka				bez specjalizacji	4005507P		

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)		
12:00 - 14:00	08:00 - 10:00	12:00 - 14:00	12:00 - 14:00	08:00 - 10:00			p***	10:00	01-01-2025	30-06-2025		
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01154607	Połata		Jarosław		77071617550		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)		
15:00 - 18:00			15:00 - 16:00				p***	4:00	01-01-2025	30-06-2025		

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**	
329192	KONSOLA DO BADAŃ	1	ZCC422169J	0	w miejscu	01-01-2025	30-06-2025		
329194	STRZYKAWKA AUTOMATYCZNA	1	29397	0	w miejscu	01-01-2025	30-06-2025		
329195	SYSTEM ELEKTRONICZNEJ ARCHIWIZACJI OBRAZÓW ORAZ PIERWOTNYCH DANYCH Z BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ, ZE SKANEREM POWYŻEJ 8-RZĘDÓW, Z MOŻLIWOŚCIĄ ICH PÓŹNIEJSZEJ OBRÓBK I ORAZ PRZESYŁANIA I ODBIORU OBRAZÓW	1		0	w miejscu	01-01-2025	30-06-2025		
329196	TOMOGRAF KOMPUTEROWY	1	SNPL1505CT02	2014	w miejscu	01-01-2025	30-06-2025		

Data sporządzenia: 27-12-2024

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, 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



**WYKAZ PODWYKONAWCÓW**

**Załącznik nr 3 do umowy nr 02/3/3201032/01/2025/01**

**Rodzaj świadczeń: AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA**

**BRAK PODWYKONAWCÓW**

Data sporządzenia 27-12-2024

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