

**ANEKS NR 6**  
**DO UMOWY Nr 1819/3201032/01/2024/01**  
**o realizację programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości**  
**żywienia w szpitalach – "Dobry posiłek w szpitalach"**

zawarty we Wrocławiu, w dniu złożenia podpisów, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia** – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: Tomasz Strożak- Z-ca Dyrektora DOW NFZ ds. Ekonomiczno- Finansowych w Dolnośląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ na podstawie pełnomocnictwa nr 81/2024 z dnia 4.11.2024 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 „**Fundusze m**”

a

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

NIP: 8862385315

REGON: 890047446

*oznaczenie realizatora programu pilotażowego „Dobry posiłek w szpitalach”, o którym mowa w § 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – "Dobry posiłek w szpitalach" (Dz. U. poz. 2021)*

zwanego dalej „**realizatorem pilotażu**”,  
reprezentowanym przez: Jolanta Królak

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**

.....  
**Realizator pilotażu**

.....  
**Fundusz**

**UMOWA**  
**Nr 1819/3201032/01/2025/01**  
**o realizację programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości**  
**żywienia w szpitalach – "Dobry posiłek w szpitalach"**

zawarta we Wrocławiu, w dniu złożenia podpisów, pomiędzy:

**Narodowym Funduszem Zdrowia** – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: Tomasz Strożak- Z-ca Dyrektora DOW NFZ ds. Ekonomiczno- Finansowych w Dolnośląskim Oddziale Wojewódzkim NFZ na podstawie pełnomocnictwa nr 81/2024 z dnia 4.11.2024 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 realizatora programu pilotażowego „Dobry posiłek w szpitalach”, o którym mowa w §2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – "Dobry posiłek w szpitalach" (Dz. U. poz. 2021)*

zwanego dalej „**realizatorem pilotażu**”,  
reprezentowanym przez Jolanta Królak

**PRZEDMIOT UMOWY**

**§ 1.**

1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – "Dobry posiłek w szpitalach" jest udzielanie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – "Dobry posiłek w szpitalach" (Dz. U. poz. 2021), zwanym dalej "rozporządzeniem pilotażowym".
2. Świadczenia objęte programem pilotażowym, o których mowa w ust. 1, określone są w planie rzeczowo-finansowym stanowiącym załącznik nr 1 do umowy.
3. Świadczeniodawca obowiązany jest wykonywać umowę zgodnie:
  - 1) z rozporządzeniem pilotażowym, a ponadto zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w:
    - a) 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) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.),
    - c) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz.U. poz. 1285, z późn. zm.),
    - d) rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 265, z późn. zm.),
    - e) 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, zwanymi dalej "Ogólnymi warunkami umów";
  - 2) z warunkami realizacji umów, określonymi w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Dobry posiłek w szpitalach”.

**ORGANIZACJA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**§ 2.**

1. Świadczenia objęte niniejszą umową udzielane są przez realizatora pilotażu spełniającego wymagania określone w szczególności w rozporządzeniu pilotażowym.
2. Dane o potencjale wykonawczym realizatora pilotażu przeznaczonym do realizacji umowy, określone są w załączniku nr 2 do umowy – „Harmonogram-zasoby”.

3. Realizator pilotażu obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który rozumie się zasoby służące wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń.
4. Aktualizacji danych, o których mowa w ust. 3, należy dokonywać za pomocą udostępnianych przez Fundusz aplikacji informatycznych, w szczególności Portalu Funduszu, na zasadach i warunkach określonych przez Prezesa Funduszu w zarządzeniu w sprawie korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Realizator pilotażu jest obowiązany do systematycznego i nieprzerwanego realizowania umowy.

### **§ 3.**

Realizator pilotażu, w okresie realizacji umowy, jest obowiązany do posiadania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone z związku z udzielaniem świadczeń, zawartej zgodnie z warunkami określonymi w art. 136b ustawy o świadczeniach.

## **WARUNKI FINANSOWANIA ŚWIADCZEŃ**

### **§ 4.**

1. Kwota zobowiązania Oddziału Funduszu wobec realizatora pilotażu z tytułu realizacji umowy, w okresie od dnia 01-01-2025 r. do dnia 30-06-2025 r. wynosi maksymalnie 1 576 270,50 zł (słownie: jeden milion pięćset siedemdziesiąt sześć tysięcy dwieście siedemdziesiąt złotych pięćdziesiąt groszy zł).
2. Liczbę i cenę jednostek rozliczeniowych oraz kwotę zobowiązania w zakresie świadczeń objętych programem pilotażowym w okresie rozliczeniowym, o którym mowa w ust. 1, określa „Plan rzeczowo-finansowy”, stanowiący załącznik nr 1 do umowy.
3. Należność z tytułu zawartej umowy za realizację świadczeń Oddział Funduszu wypłaca na rachunek bankowy:  
Dane posiadacza rachunku bankowego: SPECJALISTYCZNY SZPITAL IM. DRA ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO, 58-309 Wałbrzych Alfreda Sokółowskiego 4  
nr: 49 1020 3668 0000 5502 0452 1274
4. Zmiana numeru rachunku bankowego, o którym mowa w ust. 3, wymaga uprzedniego złożenia przez realizatora pilotażu, w formie elektronicznej poprzez Portal Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w formie pisemnej, wniosku w sprawie zmiany rachunku bankowego, którego wzór określony jest w załączniku nr 3 do umowy.
5. Rachunki z tytułu realizacji umowy realizator pilotażu może przysyłać 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.

## **INFORMACJE PRZEKAZYWANE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW**

### **§ 5.**

1. Realizator pilotażu jest zobowiązany do sprawozdawania w raporcie statystycznym, w szczególności porad żywieniowych dla świadczeniobiorców udzielanych przez osobę planującą dietę na zlecenie lekarza stwierdzającego taką potrzebę (produkt statystyczny: 5.59.01.0181000 porada żywieniowa) wraz z ICD-9 - Konsultacja dietetyczna o kodzie 89.011.
2. Informację, o której mowa w ust. 1, realizator pilotażu przekazuje do Oddziału Funduszu comiesięcznie w formie elektronicznej, w formie wymiany danych wymaganym przez Oddział Funduszu.
3. Realizator pilotażu obowiązany jest do przekazania adresu strony internetowej, na której publikowane są treści zgodnie z § 10 ust. 2 pkt 1 i 2 rozporządzenia pilotażowego.
4. Realizator pilotażu jest zobowiązany do przekazania informacji o średnim koszcie wyżywienia na osobodzień w oddziałach szpitalnych za I półrocze 2023 r.
5. Informacje, o których mowa w ust. 3 i 4, realizator pilotażu przekazuje w terminie nie później niż pierwszego dnia następującego po podpisaniu umowy do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, na wskazany przez ten oddział adres poczty elektronicznej.

## **KARY UMOWNE**

### **§ 6.**

1. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, z przyczyn leżących po stronie realizatora pilotażu, Fundusz może nałożyć na realizatora pilotażu karę umowną.
2. W przypadku rozwiązania umowy na realizację pilotażu z przyczyn leżących po stronie realizatora pilotażu przed terminem określonym w § 4 pkt 2 rozporządzenia, Fundusz może nałożyć na realizatora pilotażu karę umowną w wysokości do 4% kwoty zobowiązania wynikającego z umowy.
3. Kary umowne, o których mowa w ust. 1 - 2, nakładane są w trybie i na zasadach określonych w Ogólnych warunkach umów.
4. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej.

## **OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY**

### **§ 7.**

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia 01-12-2023 r. do dnia 30-06-2025 r.
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 8.

Sądami właściwymi dla rozpoznawania spraw spornych między stronami umowy są sądy powszechne właściwe dla Oddziału Funduszu.

### § 9.

W zakresie nieuregulowanym umową stosuje się w szczególności przepisy Ogólnych warunków umów oraz rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia, o których mowa w § 1 ust. 3 pkt 1.

### § 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** – Wniosek w sprawie zmiany rachunku bankowego;

.....  
**Realizator pilotażu**

.....  
**Fundusz**

PLAN RZECZOWO - FINANSOWY zał. nr 1 do umowy nr 1819/3201032/01/2025/01						Wersja 1		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego: 1 OW NFZ	
Rodzaj świadczeń: PROGRAMY PILOTAŻOWE									
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 1819/3201032/01/2025/01, wersja 1) - kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych 1 576 270,50 zł (słownie - jeden milion pięćset siedemdziesiąt sześć tysięcy dwieście siedemdziesiąt złotych pięćdziesiąt groszy)									
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	2576724	18.0000.004.02 - 1	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSILEK W SZPITALU			PUNKT ROZLICZENIOWY	1 576 270,5000	1,00	1 576 270,500000
						Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)		1 576 270,50	
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	262 730,50	Luty	262 697,00	Marzec	262 715,00	Kwiecień	262 709,00
		Maj	262 715,00	Czerwiec	262 704,00	Lipiec		Sierpień	
		Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień	
W tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje									
Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSILEK W SZPITALU				
Kod miejsca	35770			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ UROLOGICZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	35772			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ INTERNISTYCZNO - INFEKCYJNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300 WALBRZYCH							TERYT	0265011
Kod miejsca	35776			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ OKULISTYCZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	35778			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ REHABILITACJI				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300 WALBRZYCH							TERYT	0265011
Kod miejsca	35779			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	35783			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300 WALBRZYCH							TERYT	0265011
Kod miejsca	36786			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	36788			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ ONKOLOGICZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	36789			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	36790			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	36801			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	36803			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ PULMONOLOGICZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	36804			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	36805			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ NEUROCHIRURGICZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	36897			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	55505			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300 WALBRZYCH							TERYT	0265011
Kod miejsca	62584			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300 WALBRZYCH							TERYT	0265011
Kod miejsca	157773			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ LECZENIA ALKOHOLOWYCH ZESPÓŁÓW ABSTYNYJNYCH (DETOKSYKACJI)				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300 WALBRZYCH							TERYT	0265011
Kod miejsca	204710			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ HEMATOLOGICZNY				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
Kod miejsca	238031			Nazwa miejsca	ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I				
Adres miejsca	WALBRZYCH, ul. Sokolowskiego 4, 58-309 Walbrzych							TERYT	0265011
				Styczeń	Luty	Marzec			
liczba * cena				262 730,5000 * 1,00	262 697,0000 * 1,00	262 715,0000 * 1,00			
wartość				262 730,500000	262 697,000000	262 715,000000			
				Kwiecień	Maj	Czerwiec			
liczba * cena				262 709,0000 * 1,00	262 715,0000 * 1,00	262 704,0000 * 1,00			
wartość				262 709,000000	262 715,000000	262 704,000000			
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień			
liczba * cena									
wartość									
				Październik	Listopad	Grudzień			
liczba * cena									
wartość									
Razem							LICZBA	1 576 270,5000	
							WARTOŚĆ (zł)	1 576 270,500000	

Data sporządzenia 14-01-2025

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 1819/3201032/01/2025/01  
Rodzaj świadczeń: PROGRAMY PILOTAŻOWE

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
35770		ODDZIAŁ UROLOGICZNY			WAŁBRZYZH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			017	4640	HC.1.1.-34	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
35772		ODDZIAŁ INTERNISTYCZNO - INFEKCYJNY			WAŁBRZYZH, ul. BATOREGO 4, 58-300, WAŁBRZYZH			019	4000	HC.1.1.-07	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
35776			ODDZIAŁ OKULISTYCZNY		WAŁBRZYZH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			021	4600	HC.1.1.-23	
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		30-06-2025			

III. Personel																					
ID osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)		NPWZ (g)		Status**					
01222161		ŚWIĄTEK		Marta		98020600667		Dietetyk				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)	
														p****		1:00		01-01-2025		30-06-2025	

IV. Sprzęt - BRAK											
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
35778		ODDZIAŁ REHABILITACJI			WAŁBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300, WAŁBRZYCH			023	4300	HC.2.1.-33	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
35779		ODDZIAŁ CHIRURGII SZCZĘKOWO-TWARZOWEJ			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			024	4630	HC.1.1.-06	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											



Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
35783		ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY			WAŁBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300, WAŁBRZYCH			028	4401	HC.1.1.-28	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)		NPWZ (g)	Status**
01222161	ŚWIĄTEK		Marta	98020600667	Dietetyk			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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
36786		ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			010	4580	HC.1.1.-25	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)		NPWZ (g)	Status**
01222161	ŚWIĄTEK		Marta	98020600667	Dietetyk			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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
36788		ODDZIAŁ ONKOLOGICZNY			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			014	4240	HC.1.1.-24	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)		NPWZ (g)	Status**
01222161	ŚWIĄTEK		Marta	98020600667	Dietetyk			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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	

IV. Sprzęt - BRAK

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU					
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**
36789			ODDZIAŁ CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ		WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych		015	4540	HC.1.1.-40	

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	30-06-2025	

III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk					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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	

IV. Sprzęt - BRAK

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU					
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**
36790			ODDZIAŁ NEFROLOGICZNY		WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych		003	4130	HC.1.1.-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	30-06-2025	

III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk					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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	

IV. Sprzęt - BRAK

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU					
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**
36801			ODDZIAŁ NEUROLOGICZNY		WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych		005	4220	HC.1.1.-22	

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		30-06-2025			

III. Personel																									
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)						St.specjal. (f)		NPWZ (g)	Status**										
01222161	ŚWIĄTEK		Marta		98020600667	Dietetyk						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****		1:00		01-01-2025		30-06-2025	

IV. Sprzęt - BRAK																							
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
36803		ODDZIAŁ PULMONOLOGICZNY			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			007	4272	HC.1.1.-42	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
36804		ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			008	4500	HC.1.1.-05	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
36805		ODDZIAŁ NEUROCHIRURGICZNY			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			009	4570	HC.1.1.-21	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
36897		ODDZIAŁ KARDIOLOGICZNY			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			002	4100	HC.1.1.-53	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
55505		ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY			WAŁBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300, WAŁBRZYCH			219	4700	HC.1.1.-30	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	

IV. Sprzęt - BRAK

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU					
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**
62584		ODDZIAŁ REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ			WAŁBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300, WAŁBRZYCH		227	4306	HC.2.1.-33	

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	30-06-2025	

III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk					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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	

IV. Sprzęt - BRAK

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU					
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**
157773			ODDZIAŁ LECZENIA ALKOHOŁOWYCH ZESPOŁÓW ABSTYNENCYJNYCH (DETOKSYKACJI)		WAŁBRZYCH, ul. BATOREGO 4, 58-300, WAŁBRZYCH		245	4742	HC.1.1.-69	

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	30-06-2025	

III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)					St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01222161	ŚWIĄTEK	Marta	98020600667	Dietetyk					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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	

IV. Sprzęt - BRAK

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU					
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**
204710		ODDZIAŁ HEMATOLOGICZNY			WAŁBRZYCH, ul. Sokołowskiego 4, 58-309, Wałbrzych		260	4070	HC.1.1.-50	

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	30-06-2025		
III. Personel										
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**
01222161	ŚWIAŹEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025
IV. Sprzęt - BRAK										

Pozycja	1	Kod zakresu	18.0000.004.02 - 1	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIE ZDROWOTNE - DOBRY POSIŁEK W SZPITALU						
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**
238031		ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH I			WAŁBRZYCH, ul. Sokółowskiego 4, 58-309, Wałbrzych			271	4000	HC.1.1.-07	
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	30-06-2025			
III. Personel											
ID osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)				St.specjal. (f)	NPWZ (g)	Status**	
01222161	ŚWIAŹEK	Marta	98020600667	Dietetyk				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****	1:00	01-01-2025	30-06-2025	
IV. Sprzęt - BRAK											

Data sporządzenia: 14-01-2025

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

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