

**HARMONOGRAM - ZASOBY**

**Załącznik nr 1 do umowy nr .....**

**rodzaj świadczeń: zaopatrzenie w wyroby medyczne**

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń (b)	Zakres świadczeń (c)	Kod miejsca udzielania świadczeń (d)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń (e)	Adres miejsca udzielania świadczeń (f)	Część VII kodu resortowego (g)	Część VIII kodu resortowego (h)	Profil IX - X cz. kodu res.(i)

I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń								
Harmonogram								
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i) Status D, M, U*

II. Personel										
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)					Imiona (c)			Pesel (d)	Status D, M, U*
Dostępność osoby personelu										
Dostępność godzinowa tygodniowo (e)	Rodzaj harmonogramu ** (f)	pn (g)	wt (h)	śr (i)	czw (j)	pt (k)	sob (l)	nd (m)	Obowiązuje od (n)	Obowiązuje do (o)
	P ***									
	D ***									
Uprawnienia zawodowe										
Grupa zawodowa (p)						Nr Prawa Wyk. Zawodu (q)				
Zawód-specjalność										
Nazwa (r)						Stopień specjalizacji (s)	Data uzyskania (t)	Data otwarcia (u)		
Kompetencje										
Nazwa (w)										Data uzyskania (y)
Doświadczenie zawodowe (z)										

V. Asortyment									
Unikalny wyróżnik asortymentu (a)	Nazwa handlowa wyrobu medycznego (b)	Wykonywany na zamówienie (c)	Kod wg słownika NFZ (d)	Nazwa wg słownika NFZ (e)	Limit ceny z rozporządzenia (f)	Model (g)	Nazwa wytwórcy (h)	Cena brutto za sztukę w zł (i)	Status D, M, U*

podpis i pieczęć Dyrektora OW

podpis i pieczęć świadczeniodawcy

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

\*\* Rodzaj harmonogramu:

P - harmonogram podstawowy

D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)

\*\*\* drukowany jeśli wypełniony