

## Wniosek o zmianę danych w umowie

Zwracamy się z prośbą o sporządzenie aneksu do umowy nr.....

Aneks jest wynikiem zmian, które zaistniały w naszej placówce w wyniku zmian miejsc realizacji świadczeń. Wniosek nie dotyczy zmian wynikających z przesunięć zakontraktowanych środków pomiędzy zakresami na podstawie § 20 i § 21 Ogólnych Warunków Umów.

**Jednocześnie oświadczam, że w przypadku całkowitego przeniesienia zakresu świadczeń do nowego miejsca ich wykonywania, nie zostaną sprawozdane świadczenia na stare miejsce udzielania wykonane po dniu, w którym następuje zmiana wskazana we wniosku.**

Zmiany dotyczą:

**A) Zmiana miejsca udzielania świadczeń.**

Przeniesienie od dnia ..... zakresu świadczeń medycznych  
..... (kod zakresu ..... wyróżnik .....)  
z komórki o VII cz. k.r. .... do komórki o VII cz. k.r. ....

**B) (DOTYCZY TYLKO POZ) Rozszerzenie umowy o dodatkowe miejsce wykonywania świadczeń w zakontraktowanym zakresie.**

Rozszerzenie umowy od dnia ..... o dodatkowe miejsce wykonywania świadczeń  
opieki zdrowotnej w zakontraktowanym zakresie ..... (kod zakresu  
.....) w komórce o VII cz. k.r.....

## Oświadczenie Świadczeniodawcy

Oświadczenie dotyczy umowy: .....,  
(nr umowy)

nazwy zakresu: ....., kodu zakresu:  
.....,

wyóżnika: ....., komórki organizacyjnej: .....  
(cz. VII kodu resortowego)

### **Oświadczam, że:**

- 1) akceptuję i będę spełniał od dnia ..... warunki realizowania danego świadczenia gwarantowanego (objętego ww. umową) określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, obowiązującym w tym zakresie, wydanym na podstawie art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.);
- 2) zapoznałem się z obowiązującymi warunkami zawierania i realizacji umów odnoszącymi się do realizacji świadczeń objętych ww. umową , ustalonych w drodze zarządzenia Prezesa NFZ, wydanego na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.), akceptuję je i będę je spełniał od dnia ..... oraz przyjmuję je do stosowania od ww. daty;
- 3) zapoznałem się i akceptuję ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 320 ze zm.);
- 4) zapoznałem się i akceptuję postanowienia wzorów umów wprowadzone w drodze warunków, o których mowa w pkt 2;
- 5) posiadam tytuł prawny do korzystania z:
  - a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,
  - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
- 6) będę wykonywał świadczenia objęte umową z Oddziałem Funduszu w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 5;
- 7) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
- 8) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
- 9) dane przedstawione w niniejszym oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 10) nie zachodzi wobec mnie przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 ze zm.)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis<sup>1</sup>)

<sup>1</sup> Oświadczenie podpisuje osoba uprawniona do reprezentowania Świadczeniodawcy