

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.

wraz z zakresami skojarzonymi (jeśli dotyczy*).

kod zakresuwyróżnik

kod zakresuwyróżnik

kod zakresuwyróżnik

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..... wraz z zakresami
skojarzonymi (jeśli dotyczy*).

kod zakresuwyróżnik

Oświadczenie Świadczeniodawcy

Oświadczenie dotyczy umowy:,
(nr umowy)

nazwy zakresu:, kodu zakresu:,

wyróżnika:, komórki organizacyjnej: wraz z zakresami skojarzonymi (jeśli dotyczy).
(cz. VII kodu resortowego)

Oświadczam, że:

- 1) akceptuję i spełniam warunki realizowania danego świadczenia gwarantowanego (objętego ww. umową) określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, obowiązującym w tym zakresie, wydanym na podstawie art. 31 d lub art. 48 e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2024 r., poz. 146 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 2024 r., poz. 146 ze zm.), akceptuję je, spełniam oraz przyjmuję je do stosowania.
- 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 2023 r., poz. 1194 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 NFZ 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 2024 r., poz. 146 ze zm.).

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis¹)

¹ Oświadczenie podpisuje osoba uprawniona do reprezentowania Świadczeniodawcy