



ANEKS NR APU/2024
DO UMOWY Nr 150001592/15/1/0052/0/22/32
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA
zwanej dalej „Umową”

zawarty w Poznaniu, w dniu 19 grudnia 2023 roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: Marzena Kostuj p.o. Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Poznaniu przy ul. Piekary 14/15, na podstawie pełnomocnictwa nr 304/2023 z dnia 03 lipca 2023 roku, udzielonego przez Dyrektora Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w związku z treścią pełnomocnictwa nr 32/2023 z dnia 10 lutego 2023 roku udzielonego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, a których to pełnomocnictw kopie udostępnione zostały Świadczeniodawcy poprzez System Zarządzania Obiegiem Informacji, zwanym dalej „Funduszem”

a

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE
ADRES: ul. SZPITALNA 7, 64-000 KOŚCIAN
NIP: 6981578284 REGON: 411051999

zwanym dalej „Świadczeniodawcą”
reprezentowanym przez: **WOJCIECH MAĆKOWIAK**

W związku z ustaleniem kwot zobowiązań Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji Umowy w poszczególnych zakresach na okres od dnia **2024-01-01 r.** do dnia **2024-12-31 r.**, na podstawie § 32 i 43 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. z 2023 r., poz. 1194, z późn. zm.), strony niniejszego aneksu ustalają, co następuje.

§ 1.

Zmianie ulega treść Umowy w ten sposób, że:

1) w § 4:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Kwota zobowiązania Funduszu wobec Świadczeniodawcy z tytułu realizacji umowy w okresie od dnia **2024-01-01 r.** do dnia **2024-12-31 r.** wynosi maksymalnie **1 918 081,56 zł** (słownie: **jeden milion dziewięćset osiemnaście tysięcy osiemdziesiąt jeden złotych pięćdziesiąt sześć groszy zł**).”;

b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Należność z tytułu umowy za realizację świadczeń, Fundusz przekazuje na rachunek bankowy:

Dane posiadacza rachunku bankowego: **SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE 64-000 KOŚCIAN SZPITALNA 7**

nr **66 1090 1274 0000 0000 2702 3509**”;

2) załączniki do Umowy otrzymują brzmienie określone w załączeniu do niniejszego aneksu.

§ 2.

Niniejszy aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej z jego stron.

§ 3.

Niniejszy aneks wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2024 roku.

PODPISY STRON

Z up. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
na podstawie pełnomocnictwa Dyrektora
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Marzena Kostuj

p.o. Zastępcy Dyrektora Oddziału
ds. Ekonomiczno-Finansowych
Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
/Dokument podpisany elektronicznie/

Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez
Wojciech Maćkowiak; SP ZOZ
Kościan
Data: 2023.12.20 10:08:32 CET

Świadczeniodawca

Fundusz

PLAN RZECZOWO FINANSOWY zał nr 1 do umowy nr 150001592240002 (150001592/15/1/0052/0/22/32) rodzaj świadczeń: OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA wersja: 00		Nr dokumentu (aneksu) wprowadzającego 150001592240002 OW NFZ
Nr identyfikacyjny nadany przez NFZ Nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych		150001592 SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŚCIANIE

ROK 2024 (150001592240002) - Kwota umowy dla wszystkich okresów sprawozdawczych roku 1 918 081,56 zł (słownie - jeden milion dziewięćset osiemnaście tysięcy osiemdziesiąt jeden złotych pięćdziesiąt sześć groszy)								
Okres od 2024-01-01 do 2024-12-31								
Pozycja	Podstawa*	Kod zakresu świadczeń	Zakres świadczeń	Kod miejsca udzielenia świadczenia	Jednostka rozlicz.	Liczba jednostek rozlicz.	Cena jednostki rozlicz. (zł)	Wartość (zł)
1		15.4180.021.02	ŚWIADCZENIA W ODDZIALE MEDYCYNY PALIATYWNEJ/HOSPICJUM STACJONARNYM	22377	PUNKT ROZLICZENIOWY	19 154,0000	100,14	1 918 081,56
Razem zakresy (kwota umowy w okresie rozliczeniowym)								1 918 081,56

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - razem pozycje								
Razem pozycje	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)	Okres sprawozd.	Wartość (zł)
	Styczeń	160 023,72	Luty	159 823,44	Marzec	159 823,44	Kwiecień	159 823,44
	Maj	159 823,44	Czerwiec	159 823,44	Lipiec	159 823,44	Sierpień	159 823,44
	Wrzesień	159 823,44	Październik	159 823,44	Listopad	159 823,44	Grudzień	159 823,44

w tym w poszczególnych okresach sprawozdawczych - poszczególne pozycje								
Pozycja	1	Kod zakresu	15.4180.021.02	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIA W ODDZIALE MEDYCYNY PALIATYWNEJ/HOSPICJUM STACJONARNYM	64-000 KOŚCIAN ul. SZPITALNA 7	TERYT	3011011
Kod miejsca	22377	Nazwa miejsca			ODDZIAŁ PALIATYWNY W KOŚCIANIE			
Adres miejsca								
				Styczeń	Luty	Marzec		
liczba*cena				1598* 100,14		1596* 100,14		1596* 100,14
wartość				160 023,72		159 823,44		159 823,44
				Kwiecień	Maj	Czerwiec		
liczba*cena				1596* 100,14		1596* 100,14		1596* 100,14
wartość				159 823,44		159 823,44		159 823,44
				Lipiec	Sierpień	Wrzesień		
liczba*cena				1596* 100,14		1596* 100,14		1596* 100,14
wartość				159 823,44		159 823,44		159 823,44
				Październik	Listopad	Grudzień		
liczba*cena				1596* 100,14		1596* 100,14		1596* 100,14
wartość				159 823,44		159 823,44		159 823,44

Data sporządzenia:

Fundusz***

Świadczeniodawca****
Podpis jest prawidłowy

Dokument podpisany przez Wojciech Mačkowiak; SP ZOZ Kościan
Data: 2023.12.20 10:08:55 CET

* Określenie czynności formalno-prawnej, na podstawie której została utworzona pozycja umowy

*** 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 (Potencjal pierwotny umowy)
Załącznik nr 2 do umowy nr 150001592240002 (150001592/15/1/0052/0/22/32)
rodzaj świadczeń: OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA

Pozycja	I	Kod zakresu	15.4180.021.02	Nazwa zakresu	ŚWIADCZENIA W ODDZIALE MEDYCZYNY PALIATYWNEJ/HOSPICJUM STACJONARNYM
----------------	----------	--------------------	-----------------------	----------------------	--

Kod miejsca	Id podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)	Adres miejsca (d)	VII cz.k.R* (e)	VIII cz.k.R* (f)	Profil IX-X cz.k.R* (g)	Status **
22377		ODDZIAŁ PALIATYWNY W KOSCIANIE	64-000 KOSCIAN ul. SZPITALNA 7	055	4180	HC.1.1.55	

I. Miejsce udzielania świadczeń

pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status **
0:00-24:00	0:00-24:00	0:00-24:00	0:00-24:00	0:00-24:00	0:00-24:00	0:00-24:00	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel

Id osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)	Si. specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **
17722	BLASZKOWSKA	RENATA	74080705867	222101-PIELĘGNIARKA		1900589P	

II. Dostępność miejsca udzielania świadczeń

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)	Status **
							P	37:55	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel

Id osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)	Si. specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **
17723	GRYCZ	DOROTA	72071204285	222101-PIELĘGNIARKA		1900591P	

II. 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)	Status **
							P	37:55	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel

Id osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)	Si. specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **
17725	KAZMIERCZAK	KARINA	72040804223	222101-PIELĘGNIARKA		1900597P	

II. 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)	Status **
							P	37:55	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel

Id osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)	Si. specjal. (f)	NPWZ (g)	Status **
17728	ODWAŻNA	URSZULA	62091707408	222101-PIELĘGNIARKA		1900598P	

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)	Status **
							P	37:55	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel									
Id osoby (a)		Nazwisko (b)	Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		Status**	
17730	POGORZEJSKA	ELWIRA			63022008447	222101-PIELĘGNIARKA	brat. spec.		1900596P

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)	Status **
							P	37:55	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel									
Id osoby (a)		Nazwisko (b)	Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		Status**	
21308	WAWRZYŃIAK	LIDIA			61051610581	222101-PIELĘGNIARKA	brat. spec.		1900452P

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)	Status **
							P	24:00	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel									
Id osoby (a)		Nazwisko (b)	Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		Status**	
21399	SIKORA	ALEKSANDRA			68121804905	222217-PIELĘGNIARKA - SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO	specjalista		1900559P

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)	Status **
							P	37:55	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel									
Id osoby (a)		Nazwisko (b)	Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		Status**	
21427	KROLIK	MALGORZATA			70072107088	222101-PIELĘGNIARKA	brat. spec.		2809848P

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)	Status **
							P	28:00	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel									
Id osoby (a)		Nazwisko (b)	Imiona (c)		PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		Status**	
26599	MARCINIAK	MARIA			64010411043	222101-PIELĘGNIARKA	brat. spec.		1900043P

Dostępność osoby personelu											
pn (h)	wt (t)	śr (i)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu***(o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)	Status **
							P	19:00	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel											
Id osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)		Status**	
26632	KIMEL	MONIKA			75112705301			222221-PIELĘGNIARKA - SPECJALISTA PIELĘGNIARSTWA INTERNISTYCZNEGO (ZACHOWAWCZEGO)	specjalista	1900107P	

Dostępność osoby personelu											
pn (h)	wt (t)	śr (i)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu***(o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)	Status **
							P	19:00	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel											
Id osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)		Status**	
43444	MELEROWICZ	WOJCIECH			66031508490			221249-LEKARZ - SPECJALISTA ONKOLOGII KLINICZNEJ	specjalista	5774639	

Dostępność osoby personelu											
pn (h)	wt (t)	śr (i)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu***(o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)	Status **
							P	37:55	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel											
Id osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)		Status**	
51499	MATYSIAK	JUSTYNA			69020305500			222101-PIELĘGNIARKA	brak spec.	1902013P	

Dostępność osoby personelu											
pn (h)	wt (t)	śr (i)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu***(o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)	Status **
							P	37:55	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel											
Id osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)		Status**	
58582	MAJCHRZYCKA	GRAŻYNA			65031102185			263401-PSYCHOLOG	brak spec.		

Dostępność osoby personelu											
pn (h)	wt (t)	śr (i)	czw (k)	pt (l)	sob (m)	nd (n)	Typ harmonogramu***(o)	Tyg. lb. godzin (p)	Obowiązuje od (r)	Obowiązuje do (s)	Status **
							P	5:00	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel											
Id osoby (a)		Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)		Status**	
65684	NEUMANN-WILK	IWONA			70052401487			263401-PSYCHOLOG	brak spec.		

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)	Status **
							P	5:00	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel									
Id osoby (a)		Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		Status **		
65901	ANDRZEJEWSKA	WIOLETTA		70041105664	222101-PIELĘGNIARKA	brak spec.	NPWZ (g)	1901466P	Status **

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)	Status **
							P	19:00	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel									
Id osoby (a)		Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		Status **		
86300	KARWATKA	EWA		92061504122	222101-PIELĘGNIARKA	brak spec.	NPWZ (g)	1902466P	Status **

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)	Status **
							P	19:00	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel									
Id osoby (a)		Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		Status **		
86300	KARWATKA	EWA		92061504122	532102-OPIEKUN MEDYCZNY	brak spec.	NPWZ (g)	1902628P	Status **

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)	Status **
							P	18:55	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel									
Id osoby (a)		Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		Status **		
90404	MIKOLAJCZAK	JOLANTA, MAŁGORZATA		66062604266	222101-PIELĘGNIARKA	brak spec.	NPWZ (g)	1902628P	Status **

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)	Status **
							P	37:55	2024-01-01	2024-12-31	

III. Personel									
Id osoby (a)		Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (e)		Status **		
94809	TYCNER	EWA		62100406920	222101-PIELĘGNIARKA	brak spec.	NPWZ (g)	1901584P	Status **

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)	Status **
							P	37:55	2024-01-01	2024-12-31	

IV. Sprzęt

Id sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)	Ilość (c)	Nr seryjny (d)	Rok produkcji (e)	Rodzaj dostępności (f)	Dostępny od (g)	Do dyspozycji do (h)	Status **
0010013	APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TECHNICZEGO KRWI	1		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010013	APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TECHNICZEGO KRWI	1		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010013	APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TECHNICZEGO KRWI	1		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010013	APARAT DO POMIARU CIŚNIENIA TECHNICZEGO KRWI	1		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010020	APARAT RENTGENOWSKI	1	1316	2009	W lokalizacji	2024-01-01	2024-12-31	
0010027	BALKONIK REHABILITACYJNY	2		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010027	BALKONIK REHABILITACYJNY	2		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010034	BALKONIK REHABILITACYJNY	2		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010055	EKG	2	19/09	2009	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010073	GLUKOMETR	1		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010078	INHALATOR	1		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010099	KONCENTRATOR TLENU	1	0041093	2016	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010099	KONCENTRATOR TLENU	1	SN 0046599	2009	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010099	KONCENTRATOR TLENU	1	SN 0046605	2009	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010108	KULA REHABILITACYJNA	2		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010121	LASKA REHABILITACYJNA	2		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010131	ŁÓŻKO SZPITALNE	4		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010131	ŁÓŻKO SZPITALNE	8		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010137	MATERAC	12		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010169	POMPA INFUZYJNA	1	5180/09	2009	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010169	POMPA INFUZYJNA	1	5179/2009	2009	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010169	POMPA INFUZYJNA	1	5166 / 09	2009	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010179	PULSOKSYMETR	1	205114306	2020	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010179	PULSOKSYMETR	1	XXCOOLA	2015	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010179	PULSOKSYMETR	1	205114307	2020	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010179	PULSOKSYMETR	1	205114308	2020	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010200	SPRZĘT ULATWIAJĄCY PIELEGNIACJĘ CHOROGE	1		2000	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010200	SPRZĘT ULATWIAJĄCY PIELEGNIACJĘ CHOROGE	1		2002	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010201	SPRZĘT ZAPOBIEGAJĄCY POWSTAWANIU ODLEŻYN	1		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010202	SSAK	1	M13391	2008	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010202	USG	1	54047-1322/SI/09/1	2019	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010263	WÓZEK INWALIDZKI	1	99 A.1992087	2020	W lokalizacji	2024-01-01	2024-12-31	
0010276	WÓZEK INWALIDZKI	1	T0143236	2009	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010276	WÓZEK INWALIDZKI	1		2009	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010276	WÓZEK INWALIDZKI	1		2009	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010504	ZESTAW DO UDZIELANIA PIERWSZEJ POMOCY	1		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010334	ŹRÓDŁO TLENU INNE NIŻ KONCENTRATOR TLENU	4		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	
0010334	ŹRÓDŁO TLENU INNE NIŻ KONCENTRATOR TLENU	2		0	W miejscu	2024-01-01	2024-12-31	

data sporządzenia

Fundusz*****

Św:adczeniodawca*****

Podpis jest prawidłowy
 Dokument podpisany przez Wojciech
 Maćkowiak; SP ZOZ Włoszczan
 Data: 2023.12.20 10:09:27 CET

* 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 2021r. poz. 711, 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

0

WYKAZ PODWYKONAWCÓW
Załącznik nr 3 do umowy nr 150001592240002 (150001592/15/1/0052/0/22/32)
rodzaj świadczeń: OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA

UNIKALNY WYRÓŻNIK PODWYKONAWCY	150008590		
Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy			
Nazwa	LIVMED SP. Z O.O.		
Adres siedziby	64-300 NOWY TOMYŚL UL. SIENKIEWICZA 3		
Kod terytorialny i nazwa	03015044 NOWY TOMYŚL		
REGON	301474280	NIP	7881976809
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)	1300 - SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ		
Osoba/y uprawniona do reprezentowania	ARKADIUSZ PANKOWSKI	Telefon	614427490
Dane rejestrowe podwykonawcy			
Rodzaj rejestru	WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ - W CZĘŚCI DOTYCZĄCEJ PODMIOTÓW LECZNICZYCH	Nr wpisu do rejestru	000000025309
Organ rejestrujący	Wojewoda Wielkopolski	Data wpisu	2011-02-04
		Data ostatniej aktualizacji	2015-05-14
Rodzaj rejestru	WPIS DO REJESTRU ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNYCH WOJEWODY	Nr wpisu do rejestru	30-02458
Organ rejestrujący	Wojewoda Wielkopolski	Data wpisu	2011-02-04
		Data ostatniej aktualizacji	2011-02-04
Rodzaj rejestru	WPIS DO KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO	Nr wpisu do rejestru	0000358981
Organ rejestrujący	Krajowy Rejestr Sądowy	Data wpisu	2010-06-28
		Data ostatniej aktualizacji	2010-06-28
Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa			
Umowa/promesa	UMOWA		
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2019-03-01	Pozycja/e umowy	1
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa	2029-02-28	Przedmiot świadczeń podwykonywanych	Zakres/y świadczeń
Opis przedmiotu podwykonawstwa	TK I MR		

Data sporządzenia

Fundusz*

Świadczeniodawca**

* 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

Wniosek w sprawie zmian 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