

A) DANE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Adres korespondencyjny:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kod świadczeniodawcy

Dane osoby do kontaktu:

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Numer telefonu

Adres email

B) INFORMACJA O LICZBIE ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ

B1) Świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowym domowym (liczba zrealizowanych osobodni)

Rok 2013

Rok 2014

B2) Świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowym domowym (liczba unikalnych numerów PESEL)

Rok 2013

Rok 2014

C) INFORMACJA O SZCZEGÓLNOŚCI GROMADZENIA DANYCH KOSZTOWYCH

DANE DOTYCZĄCE PACJENTÓW

C1) Dla ilu procent pacjentów bylibyście Państwo w stanie wskazać informacje charakteryzujące wykonane im świadczenie (takie jak data realizacji świadczenia, kod zakresu, kod produktu, rozpoznanie, ilość produktów) w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C2) Ile procent czynności pielęgnacyjnych, zabiegowych, terapeutycznych bylibyście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

POZOSTAŁE DANE

C3) Czy jesteście Państwo w stanie przekazać dane z dokładnością do ośrodka powstawania kosztów zawierające informacje analityczne przynajmniej o wszystkich następujących kosztach:

- koszty według rodzaju:
 - w tym koszty leków,
 - w tym koszty jednorazowych wyrobów medycznych,
 - w tym wynagrodzenia pielęgniarki,
 - w tym usługi obce wynikające z zakupu procedur medycznych,
- koszty pośrednie w podziale na ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej
- koszty ogólnego zarządu.

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

D) DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

W przypadku wybrania Podmiotu do współpracy, wyrażam chęć podpisania umowy o przygotowanie i przekazanie danych kosztowych: (do wybrania jedno z dwóch)

Odpłatnie

Nieodpłatnie

Czy chcielibyście Państwo współpracować z Agencją również w zakresie przygotowywania i przekazywania danych również w 2015 roku.: (do wybrania jedno z dwóch)

Tak

Nie

E) INNE

Czy będziecie Państwo wprowadzać standard rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców już od 2016 r.?: (do wybrania jedno z dwóch)

Tak

Nie

Czy wyrażają Państwo wolę przekazywania danych finansowo-księgowych (plików FK) drogą elektroniczną, przy zachowaniu zasad bezpieczeństwa określonych w umowie?: (do wybrania jedno z dwóch)

Tak

Nie

data i podpis osoby
upoważnionej do
reprezentowania firmy
zgodnie z KRS

DANE DO UMOWY

Typ działalności

F1) OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Imię	Nazwisko
Adres zamieszkania	
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Seria i numer dowodu osobistego	
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej	
Adres siedziby prowadzonej działalności gospodarczej	
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON

F2) SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Pełna nazwa spółki	
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer KRS	
Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw	
Numer wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego	Siedziba sądu - miejscowość
NIP	REGON
Wysokość kapitału zakładowego	
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej	

F3) SPÓŁKA JAWNA

Pełna nazwa spółki

Ulica

Numer domu

Miejscowość

Numer KRS

Nazwa sądu
prowadzącego rejestr
przedsiębiorstw

Numer wydziału
Gospodarczego
Krajowego Rejestru
Sądowego

NIP

Imię i nazwisko oraz
funkcja osoby
reprezentującej

Numer lokalu

Kod pocztowy

Siedziba sądu -
miejscowość

REGON

F4) SPÓŁKA CYWILNA

Wspólnik 1:

Imię

Ulica

Numer domu

Miejscowość

Numer PESEL

Nazwa prowadzonej
działalności
gospodarczej

Nazwisko

Numer lokalu

Kod pocztowy

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica

Numer domu

Miejscowość

NIP

Czy wspólnik
reprezentuje spółkę

Numer lokalu

Kod pocztowy

REGON

tak

nie

Wspólnik 2:

Imię	Nazwisko
Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer PESEL	
Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej	

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON
Czy wspólnik reprezentuje spółkę	tak nie
Nazwa działalności wspólnej na podstawie umowy spółki cywilnej	

Adres siedziby spółki:

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
NIP	REGON

F5) STOWARZYSZENIE, PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDOROWOTNEJ, FUNDACJA

Pełna nazwa podmiotu

Ulica	
Numer domu	Numer lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy
Numer KRS	
Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw	
Numer wydziału Gospodarczego KRS	Siedziba sądu - miejscowość
NIP	REGON
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej	

F6) INNA FORMA PRAWNA

Inna forma prawna

F7) GENERATOR UMOWY (wypełniane automatycznie)

Tekst umowy