

# 35. Replantacja kończyny górnej



## REJESTRACJA ZGŁOSZEŃ (wypełnia pracownik Agencji)

Numer

Data wpłynięcia ankiety

---

## A. DANE ŚWIADCZENIODAWCY (wypełnia świadczeniodawca)

Kod świadczeniodawcy – identyfikator nadany przez właściwy OW NFZ

Numer księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą

Numer NIP Podmiotu

Kod formy organizacyjno-prawny (część IV kodu resortowego)

Adres email

Dane osoby koordynującej współpracę:

Imię i nazwisko

Zajmowane stanowisko

Adres email

Numer telefonu

**B. DEKLARACJA UDOSTĘPNIENIA AGENCJI NIEODPŁATNIE DANYCH, ZAPEWNIAJĄC ICH NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ I KOMPLETNOŚĆ:**

**B1.** Deklaruję udostępnienie wszystkich świadczeń sprawozdanych do NFZ za rok 2016 i z pierwszego półrocza 2017 roku, opisanych poniższym kodem i nazwą produktu we wskazanych procedurach medycznych, z których zostaną przekazane dane w układzie określonym przez Agencję (Zasady udostępnienia danych zgodnie z formularzem karta kosztorysu).

5.51.01.0008041 – Rekonstrukcja funkcji ręki, w tym mikrochirurgiczna - ICD-9 84.21 Replantacja kciuka, 84.22 Replantacja palca, 84.23 Replantacja przedramienia/ nadgarstka/ dłoni, 84.24 Replantacja górnej części ramienia

TAK

**B2.** Deklaruję udostępnienie za rok 2016 danych finansowo-księgowych o poniesionych kosztach oraz danych niefinansowych o zasobach ludzkich z medycznych ośrodków powstawania kosztów (OPK) realizujących przedmiotowe świadczenia z działalności podstawowej i pomocniczej w rodzaju leczenie szpitalne. Dane zostaną przekazane w układzie określonym przez Agencję (Zasady udostępnienia danych zgodnie z formularzem FK).

TAK

Potwierdzam deklarację udostępnienia Agencji nieodpłatnie danych, zapewniając ich najwyższą jakość i kompletność

Pieczęć / podpis osoby umocowanej do reprezentowania podmiotu