

**FORMULARZ WNIOSKU "PROFILAKTYKA 40 PLUS"**

<b>I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKUJĄCEGO</b>	<b>KOD GRAFICZNY</b> o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm
--	--

**Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskującego - świadczeniodawcy w rozumieniu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych**

Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno-prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	

**Dane rejestrowe**

Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	

**Certyfikaty**

Nazwa	Zakres certyfikatu	Data ważności	

**FORMULARZ WNIOSKU "PROFILAKTYKA 40 PLUS"**

<b>II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK</b>				<b>KOD GRAFICZNY</b> o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm		
<b>PROFILAKTYKA 40 PLUS</b>						
<b>ZAKRES WNIOSKU *</b>						
Kod przedmiotu postępowania		Nazwa przedmiotu postępowania				
<b>MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZENIA</b>						
<b>UNIKALNY WYRÓŻNIK MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ</b>	Nazwa miejsca udzielania świadczeń					
	Adres miejsca				Teryt	
	Kod komórki org. (część VII KR)		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)			
	Kod zakresu świadczeń		Nazwa zakresu świadczeń			
	Kod profilu		Nazwa profilu medycznego			
<b>Dostępność</b>						
Dostępność profilu medycznego/zakresu						
Harmonogram dostępności profilu medycznego/zakresu						
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
<b>Personel</b>						
<b>&lt;Unikalny wyróżnik osoby z wykazu&gt;</b>	Nazwisko					
	Imiona				PESEL	
zawód/specjalność		stopień specjalizacji		Nr Prawa Wyk. Zawodu		
Stanowisko/funkcja pracownika			Liczba godzin pracy tygodniowo			
pon	wt	śr	czw	pt	sb	niedz
<b>Sprzęt</b>						
<b>&lt;Unikalny wyróżnik sprzętu z wykazu&gt;</b>	Nazwa sprzętu					Ilość
	Rodzaj dostępności sprzętu		Rok produkcji	Nr seryjny sprzętu		

\* - należy wymienić wszystkie zakresy świadczeń i miejsca udzielania świadczeń

**FORMULARZ WNIOSKU "PROFILAKTYKA 40 PLUS"**

<b>III. WYKAZ PODWYKONAWCÓW</b>		KOD GRAFICZNY o wymiarach nie mniejszych niż 5,5 cm na 2,8 cm	
<b>UNIKALNY WYRÓZNIK PODWYKONAWCY</b>			
<b>Dane identyfikacyjne i adresowe podwykonawcy</b>			
Nazwa			
Adres siedziby			
Kod terytorialny i nazwa			
REGON		NIP	
Forma organizacyjno- prawna (część IV KR)			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
<b>Dane rejestrowe podwykonawcy</b>			
Rodzaj rejestru		Nr wpisu do rejestru	
Organ rejestrujący		Data wpisu	
		Data ostatniej aktualizacji	
<b>Dane dotyczące formy i przedmiotu umowy podwykonawstwa</b>			
Umowa/promesa			
Data od kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Pozycja/e umowy	
Data do kiedy obowiązuje lub będzie obowiązywać umowa		Przedmiot świadczeń podwykonywanych	
Opis przedmiotu podwykonawstwa			