

Załącznik Nr 2 do zarządzenia Nr 50/2024/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 21 maja 2024 r.

WZÓR

Wniosek o zawarcie umowy w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego

I. DANE IDENTYFIKACYJNE WNIOSKODAWCY					
Dane identyfikacyjne i adresowe wnioskodawcy - podmiotu prowadzącego aptekę					
Nazwa	NAZWA PODMIOTU (zgodna z KRS/CEIDG) https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/ https://aplikacja.ceidg.gov.pl/ceidg/public/ui/search.aspx				
Adres siedziby	Miejscowość	Miejscowość, w której znajduje się siedziba podmiotu prowadzącego aptekę		Kod pocztowy	Kod pocztowy podmiotu prowadzącego aptekę
	Ulica	Ulica na której znajduje się siedziba podmiotu prowadzącego aptekę		Nr domu	Nr lokalu
Forma organizacyjno-prawna	Np. Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, Spółka Jawna, osoba fizyczna				
NIP	NIP podmiotu prowadzącego aptekę			REGON	REGON podmiotu prowadzącego aptekę
adres e-mail	Email podmiotu prowadzącego aptekę			Nr tel.	Nr tel. podmiotu prowadzącego aptekę w formacie +4822222222
Osoba/y reprezentująca/y wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy	Imię i nazwisko	Zgodnie z KRS/CEIDG/pelnomocnik spółki		Nr telefonu	Nr tel. osoby reprezentującej podmiot prowadzący aptekę w formacie +4822222222
Dane rejestrowe					
Rodzaj rejestru	Wpis do KRS/wpis do CEIDG		Nr wpisu do rejestru	Nr KRS/Nr wpisu do CEIDG	
Organ rejestrujący	KRS/Minister Gospodarki				
II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSZEK					
ROCZNA PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA					
Jednostka rozliczeniowa	1 pkt				
Oferowana cena jednostki	50 zł				
	styczeń	luty	marzec	I kwartał	
liczba * cena				liczba	
wartość				wartość	
	kwiecień	maj	czerwiec	II kwartał	
liczba * cena		Np. 32* 50 zł	2* 50 zł	liczba	34*50 zł
wartość		1600 zł	100 zł	wartość	1700 zł
	lipiec	sierpień	wrzesień	III kwartał	
liczba * cena	2* 50 zł	2* 50 zł	2* 50 zł	liczba	6* 50zł
wartość	100 zł	100 zł	100 zł	wartość	300 zł
	październik	listopad	grudzień	IV kwartał	
liczba * cena	2* 50 zł	2* 50 zł	2* 50 zł	liczba	6* 50zł
wartość	100 zł	100 zł	100 zł	wartość	300 zł
Razem	liczba	46			
	wartość	2300 zł			
MIEJSCE UDZIELANIA USŁUG					

<Kod techniczny miejsca, określony w Portalu NFZ> SZOI -> Potencjal -> Struktura wykonawcza -> Miejsca udzielania świadczeń -> należy wpisać kod właściwego miejsca udzielania świadczeń (z kodem specjalności 9994	Nazwa miejsca udzielania usług		<i>Nazwa apteki (zgodnie z Rejestrem Aptek)</i> https://rejestrzy.ezdrowie.gov.pl/ra/search/public			
	Adres miejsca		<i>Adres apteki</i>			
	Kod komórki org. (część VII KR)*		<i>Pole może pozostać niewypełnione do czasu obsługi wniosków poprzez system</i>	Specjalność komórki org. (Część VIII KR)*		9994
	Kod zakresu świadczeń/usług		18.2400.000.02	Nazwa zakresu świadczeń/usług		<i>Usługa farmaceuty w zakresie zdrowia reprodukcyjnego</i>
Adres e-mail apteki	<i>Adres e-mail apteki</i>		Identyfikator z Krajowego Rejestru Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych			<i>Numer ID apteki zgodny z Rejestrem Aptek</i>
Kod terytorialny	<i>Brak danych w SZOI Kod terytorialny można uzupełnić na podstawie rejestru GUS</i> https://eteryt.stat.gov.pl/eTeryt/rejestr_teryt/udostepnianie_danych/baza_teryt/uzyt_kownicy_indywidualni/wyszukiwanie/wyszukiwanie.aspx?contrast=default	Dł. geogr.	<i>SZOI -> Potencjal -> Struktura wykonawcza -> Lokalizacje -> Podgląd lub Dodawanie lokalizacji -> Uzupełnij na podstawie adresu (Pole Długość geograficzna)</i>	Szer. geogr.	<i>SZOI -> Potencjal -> Struktura wykonawcza -> Lokalizacje -> Podgląd lub Dodawanie lokalizacji -> Uzupełnij na podstawie adresu (Pole Szerokość geograficzna)</i>	Nr tel. do apteki <i>Nr tel. do apteki w formacie +4822222222</i>
Adres miejsca						
PERSONEL						
<Unikalny wyróżnik osoby>** <i>Pole może pozostać niewypełnione do czasu obsługi wniosków poprzez system</i>	Nazwisko	<i>Nazwisko farmaceuty</i>				
	Imiona	<i>Imiona farmaceuty</i>	Nr Prawa Wyk. Zawodu	<i>Nr PWZ farmaceuty</i>	PESEL	<i>PESEL farmaceuty</i>

* KR (Kody resortowe) - kody techniczne nadane przez system informatyczny NFZ, zastępujące kody resortowe, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023 r. poz. 991, z późn.zm.) Podawanie części VII KR nie jest obowiązkowe.

** Pole nie jest obowiązkowe.

Data sporządzenia wniosku

Podpis osoby reprezentującej podmiot prowadzący aptekę

.....
 ...
 Data sporządzenia

.....
 Podmiot prowadzący aptekę

Załączniki do wniosku:

- 1) Załącznik Nr 1 do wniosku - Oświadczenia
- 2) Załącznik Nr 2 do wniosku - Oświadczenie w zakresie postępowania administracyjnego
- 3) Załącznik Nr 3 do wniosku - Wniosek w sprawie numeru konta bankowego