

Załącznik Nr 3 do zarządzenia Nr 48/2024/DGL
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 30 kwietnia 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)					
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	
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	
Dane rejestrowe						
Rodzaj rejestru	Wpis do KRS/wpis do CEIDG			Nr wpisu do rejestru	Nr KRS	
Organ rejestrujący	KRS/Minister Gospodarki					
II. PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK						
PROPOZYCJA IŁOŚCIOWO-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. 5* 50 zł	Np. 5* 50 zł	liczba	10*50 zł	
wartość	-	250 zł	250 zł	wartość	500 zł	
	lipiec	sierpień	wrzesień	III kwartał		
liczba, cena	Np. 5* 50 zł	Np. 5* 50 zł	Np. 5* 50 zł	liczba	15* 50zł	
wartość	250 zł	250 zł	250 zł	wartość	750 zł	
	październik	listopad	grudzień	IV kwartał		
liczba * cena	Np. 5* 50 zł	Np. 5* 50 zł	Np. 5* 50 zł	liczba	15* 50 zł	
wartość	250 zł	250 zł	250 zł	wartość	750 zł	
Razem	Liczba	40				
	Wartość	2000zł				
MIEJSCE UDZIELANIA USŁUG						

PORTAL ŚWIADCZENIODAWCY Moja struktura organizacyjna > Portal potencjału > struktura świadczeniodawcy > komórki organizacyjne > znajdź > należy wpisać kod komórki lub kod NFZ	Nazwa miejsca udzielania usług		Nazwa apteki (zgodnie z Rejestrem Aptek)				
	Adres miejsca		Adres apteki				
	Kod komórki org. (część VII KR)*		PORTAL ŚWIADCZENIODAWCY > Moja struktura organizacyjna > Portal potencjału > struktura świadczeniodawcy > komórki organizacyjne > znajdź > należy wpisać Cz. VII K.R.		Specjalność komórki org. (Część VIII KR)*		9994
	Kod zakresu świadczeń/usług		18.2400.000.02		Nazwa zakresu świadczeń/usług		Usługa farmaceuty w zakresie zdrowia reprodukcyjnego
Adres e-mail apteki	Adres e-mail apteki		Identyfikator z Krajowego Rejestru Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych				Numer ID apteki zgodny z Rejestrem Aptek
Kod terytorialny	PORTAL ŚWIADCZENIODAWCY > Moja struktura organizacyjna > Portal potencjału > struktura świadczeniodawcy > lokalizacje > znajdź > szczegóły > należy wpisać kod terytorialny znajdujący się w ramce „adres”	Dł. geogr.	PORTAL ŚWIADCZENIODAWCY > Moja struktura organizacyjna > Portal potencjału > struktura świadczeniodawcy > lokalizacje > znajdź > szczegóły > należy wpisać długość geograficzną znajdującą się w ramce „komunikacja”	Szer. geogr.	PORTAL ŚWIADCZENIODAWCY > Moja struktura organizacyjna > Portal potencjału > struktura świadczeniodawcy > lokalizacje > znajdź > szczegóły > należy wpisać długość geograficzną znajdującą się w ramce „komunikacja”	Nr tel. do apteki	Nr tel. do apteki
Adres miejsca	Adres apteki						
PERSONEL							
Pole niewymagane	Nazwisko	Nazwisko farmaceuty					
	Imiona	Imiona farmaceuty	Nr Prawa Wyk. Zawodu	Nr PWZ farmaceuty	PESEL	PESEL farmaceuty	

* 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.)

Data sporządzenia wniosku

.....

 Data sporządzenia

Podpis osoby reprezentującej podmiot prowadzący aptekę

.....
 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