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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres siedziby | | Miejscowość | |  | | | | | Kod pocztowy | | | |  | | | | | |
| Ulica | |  | | | | | Nr domu | | | |  | | | | Nr lokalu |  |
| Forma organizacyjno-prawna | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIP | |  | | | | | | | REGON | | | |  | | | | | |
| adres e-mail | |  | | | | | | | Nr tel. | | | |  | | | | | |
| Osoba/y reprezentująca/y wnioskującego do wykonywania czynności związanych z zawarciem umowy | | Imię i nazwisko | |  | | | | | Nr telefonu | | | |  | | | | | |
| Dane rejestrowe | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rodzaj rejestru | |  | | | | Nr wpisu do rejestru | | | | | | |  | | | | | |
| Organ rejestrujący | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **II.  PRZEDMIOT UMOWY, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSEK** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ROCZNA PROPOZYCJA ILOŚCIOWO-CENOWA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jednostka rozliczeniowa | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Oferowana cena jednostki | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
|  | styczeń | | | | luty | | | marzec | | | I kwartał | | | | | | | |
| ***liczba \* cena*** |  | | | |  | | |  | | | *liczba* | | | |  | | | |
| ***wartość*** |  | | | |  | | |  | | | *wartość* | | | |  | | | |
|  | kwiecień | | | | maj | | | czerwiec | | | II kwartał | | | | | | | |
| ***liczba \* cena*** |  | | | |  | | |  | | | *liczba* | | | |  | | | |
| ***wartość*** |  | | | |  | | |  | | | *wartość* | | | |  | | | |
|  | lipiec | | | | sierpień | | | wrzesień | | | III kwartał | | | | | | | |
| ***liczba \* cena*** |  | | | |  | | |  | | | *liczba* | | | |  | | | |
| ***wartość*** |  | | | |  | | |  | | | *wartość* | | | |  | | | |
|  | październik | | | | listopad | | | grudzień | | | IV kwartał | | | | | | | |
| ***liczba \* cena*** |  | | | |  | | |  | | | *liczba* | | | |  | | | |
| *wartość* |  | | | |  | | |  | | | *wartość* | | | |  | | | |
| Razem | liczba | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| wartość | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **MIEJSCE UDZIELANIA USŁUG** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <Kod techniczny miejsca, określony w Portalu NFZ> | Nazwa miejsca udzielania usług | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Kod komórki org. (część VII KR)\* | | | |  | | | Specjalność komórki org. (Część VIII KR)\* | | | |  | | | | | | |
| Kod zakresu świadczeń/usług | | | |  | | | Nazwa zakresu świadczeń/usług | | | |  | | | | | | |
| Adres e-mail apteki |  | | | | Identyfikator z Krajowego Rejestru Zezwoleń na Prowadzenie Aptek Ogólnodostępnych, Punktów Aptecznych | | | | | | |  | | | | | | |
| Kod terytorialny |  | | Dł. geogr. | |  | Szer. geogr. | | |  | | | Nr tel. do apteki | | | |  | | |
| Adres miejsca |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PERSONEL** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <Unikalny wyróżnik osoby>\*\* | Nazwisko | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Imiona | |  | | | | Nr Prawa Wyk. Zawodu | | |  | | | | PESEL | | |  | |

\* 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 |  |  |  | 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