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  |  |
| 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** |
| **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.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| ………………………………….... |  |  |  | ……………………………………………………………... |
| 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