

ANEKS
DO UMOWY Nr 11/000099/SOKKOCII/17/22
O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ
- ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI
w zakresie: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej
(KOC II/III)

zawarty w Gdańsku, dnia **09-06-2022** roku, pomiędzy:

Narodowym Funduszem Zdrowia – reprezentowanym przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa: Monika Kasprzyk – Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Gdańsku, ul. Marynarki Polskiej 148, na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, zwanym dalej „**Funduszem**”

a

Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Zakładem Opieki Zdrowotnej , Lębork, Juliana Węgrzynowicza 13, 84-300 Lębork

NIP: **8411461899**

REGON: **770901505**

oznaczenie świadczeniodawcy: imię i nazwisko albo nazwa świadczeniodawcy w rozumieniu art. 5 pkt 41 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 ze zm.),

zwanym dalej „**Świadczeniodawcą**”, reprezentowanym przez:

Marta Frankowska

§ 1.

W umowie wprowadza się następujące zmiany:

W załączniku nr 2 do umowy wprowadza się zmiany zaakceptowane do dnia **09-06-2022** roku, w brzmieniu stanowiącym załącznik do niniejszego aneksu.

§ 2.

Pozostałe postanowienia umowy pozostają bez zmian.

§ 3.

Aneks niniejszy wchodzi w życie z dniem podpisania.

§ 4.

Aneks sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

PODPISY STRON

Z up. Dyrektora
Z-ca Dyrektora ds. Służb Mundurowych
Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Wiesław Kusio

/podpisano podpisem elektronicznym/

Świadczeniodawca

Fundusz

HARMONOGRAM - ZASOBY

Załącznik nr 2 do umowy nr 11/000099/SOKKOCII/17/22

Rodzaj świadczeń: ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODRĘBNI

Pozycja	2	Kod zakresu	11.1450.100.02 - 2	Nazwa zakresu	KOORDYNOWANA OPIEKA NAD KOBIETĄ W CIAŻY NA II LUB III POZIOMIE OPIEKI PERINATALNEJ (KOC II/III)																
I. Miejsce udzielania świadczeń																					
Kod miejsca (a)	ID podwyk. (b)	Nazwa miejsca (c)			Adres miejsca (d)				VII cz.KR*(e)	VIII cz.KR*(f)	Profil IX-X cz.KR*(g)	Status**									
45709		Oddział Ginekologiczno-Położniczy			Lębork, ul. Juliana Węgrzynowicza 13, 84-300, Lębork				050	4450	HC.1.1.-29	B									
III. Personel																					
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)		NPWZ (g)	Status**								
11026470	Białkowska		Katarzyna		62041915323		Położna			bez specjalizacji		3400194A	M								
Dostępność osoby personelu																					
Pn (h)		Wt (i)		Śr (j)		Czw (k)		Pt (l)		Sob (m)		Nd (n)		Typ harmonogramu***(o)		Tyg. lb. godzin (p)		Obowiązuje od (r)		Obowiązuje do (s)	
														p****		37:55		01-01-2022		30-04-2022	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)		NPWZ (g)	Status**								
11026485	Tęsna		Mariola		61101504668		Położna			bez specjalizacji		3400224A	M								
Dostępność osoby personelu																					
Pn (h)		Wt (i)		Śr (j)		Czw (k)		Pt (l)		Sob (m)		Nd (n)		Typ harmonogramu***(o)		Tyg. lb. godzin (p)		Obowiązuje od (r)		Obowiązuje do (s)	
														p****		37:55		01-01-2022		30-04-2022	
ID osoby (a)	Nazwisko (b)		Imiona (c)		PESEL (d)		Zawód/specjalność (e)			St.specjal. (f)		NPWZ (g)	Status**								
11264526	Deptuła		Sylwia		91090701786		Położna			specjalista		0901487A	D								
Dostępność osoby personelu																					
Pn (h)		Wt (i)		Śr (j)		Czw (k)		Pt (l)		Sob (m)		Nd (n)		Typ harmonogramu***(o)		Tyg. lb. godzin (p)		Obowiązuje od (r)		Obowiązuje do (s)	
														p****		37:55		01-05-2022		30-06-2022	

Data sporządzenia: 09-06-2022

Fundusz*****

Świadczeniodawca*****

* KR (Kody resortowe) - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 r. poz. 711, z późn. zm.)

** B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

*** Typ harmonogramu: P - harmonogram podstawowy, D - harmonogram dodatkowy (wizyty domowe)

**** Drukowany jeśli wypełniony

***** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

***** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem