

A) DANE ŚWIADCZENIODAWCY

Nazwa

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Adres korespondencyjny:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kod świadczeniodawcy wg NFZ

Numer księgi rejestrowej podmiotu  
wykonującego działalność leczniczą

Kod formy organizacyjno-prawny (część IV kodu resortowego)

Dane osoby do kontaktu:

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Numer telefonu

Adres email

## B. INFORMACJA O RODZJU PROCEDUR DLA KTÓRYCH PRZEKAZANE ZOSTANĄ KARTY KOSZTORYSOWE

Zgodnie z załącznikiem F

Zgodnie z załącznikiem G

---

## C) DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

W przypadku wybrania Podmiotu do współpracy, wyrażam chęć podpisania umowy o przygotowanie i przekazanie danych kosztowych:

Odpłatnie

Nieodpłatnie

## D) WPROWADZENIE STANDARDU RACHUNKU KOSZTÓW

Czy będziecie Państwo wprowadzać standard rachunku kosztów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 lipca 2015 r. w sprawie zaleceń dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców już od 2016 r.?:

TAK

NIE

Jeśli NIE to od kiedy bylibyście państwo w stanie wprowadzić standard rachunku kosztów o którym mowa powyżej?

## E) ELEKTRONICZNA DOKUMENTACJA PACJENTA

Czy prowadzą Państwo elektroniczną dokumentację pacjenta?:

TAK

NIE

Jeśli NIE to od kiedy bylibyście Państwo w stanie wprowadzić elektroniczną dokumentację pacjenta?

data i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy zgodnie z KRS

# DANE DO UMOWY

Prosimy o wypełnienie tylko jednej komparycji do umowy właściwej ze względu na formę prawną prowadzonej przez Państwa działalności.

Typ działalności

---

## F1) OSOBA FIZYCZNA PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ

Imię

Nazwisko

Adres zamieszkania

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Seria i numer dowodu  
osobistego

Nazwa prowadzonej  
działalności  
gospodarczej

Adres siedziby prowadzonej działalności gospodarczej

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

NIP

REGON

---

## F2) SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ

Pełna nazwa spółki

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Numer KRS

Nazwa sądu  
prowadzącego rejestr  
przedsiębiorstw

Siedziba sądu -  
miejscowość

Numer wydziału  
Gospodarczego  
Krajowego Rejestru  
Sądowego

NIP

REGON

Wysokość kapitału  
zakładowego

Imię i nazwisko oraz  
funkcja osoby  
reprezentującej

### F3) SPÓŁKA JAWNA

Pełna nazwa spółki

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Numer KRS

Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw

Numer wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego Siedziba sądu - miejscowość

NIP REGON

Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej

---

### F4) SPÓŁKA CYWILNA Wspólnik 1:

Imię Nazwisko

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

Numer PESEL

Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Miejscowość Kod pocztowy

NIP REGON

Czy wspólnik reprezentuje spółkę tak  
nie

Wspólnik 2:

|   |              |
|---|--------------|
| Imię  | Nazwisko     |
| Ulica                                       |              |
| Numer domu                                  | Numer lokalu |
| Miejscowość                                 | Kod pocztowy |
| Numer PESEL                                 |              |
| Nazwa prowadzonej działalności gospodarczej |              |

Adres siedziby prowadzonej działalności:

|  |              |
|--|--------------|
| Ulica  |              |
| Numer domu   | Numer lokalu |
| Miejscowość  | Kod pocztowy |
| NIP  | REGON        |
| Czy wspólnik reprezentuje spółkę                               | tak<br>nie   |
| Nazwa działalności wspólnej na podstawie umowy spółki cywilnej |              |

Adres siedziby spółki:

|             |              |
|-------------|--------------|
| Ulica       |              |
| Numer domu  | Numer lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy |
| NIP         | REGON        |

---

## F5) STOWARZYSZENIE, PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDOROWOTNEJ, FUNDACJA

Pełna nazwa podmiotu

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Ulica  |                             |
| Numer domu   | Numer lokalu                |
| Miejscowość  | Kod pocztowy                |
| Numer KRS  |                             |
| Nazwa sądu prowadzącego rejestr przedsiębiorstw    |                             |
| Numer wydziału Gospodarczego KRS                   | Siedziba sądu - miejscowość |
| NIP  | REGON                       |
| Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej |                             |

---

**F6) INNA FORMA PRAWNA**

Inna forma prawna

---

**F7) GENERATOR UMOWY (wypełniane automatycznie)**

Treść komparacji