

**A) DANE ŚWIADCZENIODAWCY**

Nazwa

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Adres korespondencyjny:

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Miejscowość

Kod pocztowy

Kod oddziałowy nadany przez NFZ

Dane osoby do kontaktu:

Imię

Nazwisko

Zajmowane stanowisko

Numer telefonu

Adres email

---

**B) INFORMACJA O LICZBIE ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ**

Zgodnie z załącznikiem do Ankiety

## C) INFORMACJA O SZCZEGÓLNOŚCI GROMADZENIA DANYCH KOSZTOWYCH

### DANE DOTYCZĄCE PACJENTÓW

C1) Dla ilu procent pacjentów bylibyście Państwo w stanie wskazać informacje charakteryzujące wykonane im świadczenie (takie jak data realizacji świadczenia, kod zakresu, kod produktu, rozpoznanie, ilość produktów) w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

---

C2) Ile procent leków bylibyście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

---

C3) Ile procent wyrobów medycznych oraz środków pomocniczych wartościowo bylibyście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

---

C4) Ile procent rodzajów procedur medycznych [diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zabiegowych, terapeutycznych; w tym również realizowanych przez podmiot zewnętrzny] bylibyście Państwo w stanie przypisać do pojedynczych pacjentów w poszczególnych latach?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

---

C5) Dla ilu procent rodzajów procedur medycznych [diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zabiegowych, terapeutycznych] bylibyście Państwo w stanie określić rodzaj personelu zaangażowanego w procedurę, czas zaangażowania oraz łączny koszt wynagrodzenia personelu przypisanego do danej procedury?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

## DANE DOTYCZĄCE KOSZTU ŚWIADCZEŃ

---

C6) Dla ilu procent spośród realizowanych rodzajów procedur medycznych (diagnostycznych, pielęgnacyjnych, zabiegowych i terapeutycznych) jesteście Państwo w stanie podać średni koszt jednostkowy?

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

## POZOSTAŁE DANE

---

C7) Czy jesteście Państwo w stanie przekazać dane z dokładnością do ośrodka powstawania kosztów (oddział) zawierające informacje analityczne przynajmniej o wszystkich następujących kosztach:

- koszty według rodzaju:
  - w tym koszty leków,
  - w tym koszty jednorazowych wyrobów medycznych,
  - w tym wynagrodzenia w podziale na lekarzy (łącznie z rezydentami), pielęgniarki oraz pozostały personel,
  - w tym kontrakty w podziale na lekarzy, pielęgniarki oraz pozostały personel,
  - w tym usługi obce wynikające z zakupu procedur medycznych,
- koszty pośrednie w podziale na ośrodki kosztów działalności podstawowej i pomocniczej
- koszty ogólnego zarządu.

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

C8) Czy jesteście Państwo w stanie przekazać wybrane dane niefinansowe takie jak:

- liczba personelu zatrudnionego na oddziale w przeliczeniu na pełne etaty według grup zawodowych wraz z łącznym wynagrodzeniem (lekarze, pielęgniarki, pozostały personel)

Rok 2013

Rok 2014

Uwagi

#### D) DEKLARACJA O RODZAJU PODPISANEJ UMOWY:

W przypadku wybrania Podmiotu do współpracy, wyrażam chęć podpisania umowy o przygotowanie i przekazanie danych kosztowych: (do wybrania jedno z dwóch)

Odpłatnie

Nieodpłatnie

Czy chcielibyście Państwo współpracować z Agencją również w zakresie przygotowywania i przekazywania danych również w 2015 roku.: (do wybrania jedno z dwóch)

Tak

Nie

#### E) 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.?: (do wybrania jedno z dwóch)

Tak

Nie

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



data i podpis osoby  
upoważnionej do  
reprezentowania firmy  
zgodnie z KRS

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	
Numer wydziału Gospodarczego Krajowego Rejestru Sądowego	Siedziba sądu - miejscowość
NIP	REGON
Wysokość kapitału zakładowego	
Imię i nazwisko oraz funkcja osoby reprezentującej	

### F3) SPÓŁKA JAWNA

Pełna nazwa spółki

Ulica

Numer domu

Miejscowość

Numer KRS

Nazwa sądu  
prowadzącego rejestr  
przedsiębiorstw

Numer wydziału  
Gospodarczego  
Krajowego Rejestru  
Sądowego

NIP

Imię i nazwisko oraz  
funkcja osoby  
reprezentującej

Numer lokalu

Kod pocztowy

Siedziba sądu -  
miejscowość

REGON

---

### F4) SPÓŁKA CYWILNA

Wspólnik 1:

Imię

Ulica

Numer domu

Miejscowość

Numer PESEL

Nazwa prowadzonej  
działalności  
gospodarczej

Nazwisko

Numer lokalu

Kod pocztowy

Adres siedziby prowadzonej działalności:

Ulica

Numer domu

Miejscowość

NIP

Czy wspólnik  
reprezentuje spółkę

tak  
nie

Numer lokalu

Kod pocztowy

REGON

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 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)**

Tekst umowy