**Oświadczenie realizatora programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego**

**Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – Kardiologia**

Oświadczam, iż posiadam zintegrowaną aplikację z Systemem P1 oraz udostępniłem z aplikacji realizatora programu pilotażowego do Systemu P1 informacji, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia, dla poniższych miejsc udzielania świadczeń wskazanych w umowie na realizację programu pilotażowego, zawierających co najmniej 95 % liczby świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w prowadzonych dla nich harmonogramach przyjęć.

**Nazwa podmiotu leczniczego: …………………………………………………………………………………………………………………
Numer księgi rejestrowej: ……………………………………………………………………………**

1. Dane Miejsc Udzielania Świadczeń (MUŚ):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kod komórki (Cz. VII KR) | Adres MUŚ | Numer umowy z NFZ na pilotaż | Kod świadczeniodawcy | OW NFZ | Udostępniona liczba zaplanowanych terminów(Liczba zaplanowanych terminów przekazana inicjalnie do e-rejestracji) | **Data zgłoszenia gotowości****-** § 14 ust. 1 pkt 1 lit. a(zgłoszenie zakończenia przekazywania danych o terminach) | **Data pierwszego terminu** (nie może być późniejsza niż 30 dni od daty w kol. 8!) |
| -1- | -2- | -3- | -4- | -5- | -6- | -7- | -8- | -9- |
| **Uwaga!** **W przypadku, gdy data pierwszego terminu przypada na pierwszy dzień miesiąca po dacie zgłoszenia gotowości, wówczas pierwszym pełnym miesiącem kalendarzowym po realizacji obowiązku, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia, stanowiącym podstawę wyliczenia ryczałtu jednorazowego, jest ten miesiąc!****W przypadku, gdy data pierwszego terminu NIE przypada na pierwszy dzień miesiąca po dacie zgłoszenia gotowości, wówczas pierwszym pełnym miesiącem kalendarzowym po realizacji obowiązku, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 1 lit. a rozporządzenia, stanowiącym podstawę wyliczenia ryczałtu jednorazowego, jest kolejny miesiąc po tym terminie!** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |

Kontakt do osoby uprawnionej dokonującej zgłoszenia (telefon, mail):

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

 Data i podpis osoby uprawnionej

**Oświadczenie realizatora programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego.**

**Programy Zdrowotne – mammografia/cytologia**

Oświadczam, iż posiadam zintegrowaną aplikację z Systemem P1 oraz udostępniłem z aplikacji realizatora programu pilotażowego do Systemu P1 informację o terminach udzielania świadczeń, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1 lit. b rozporządzenia, dla poniższych miejsc udzielania świadczeń wskazanych w umowie na realizację programu pilotażowego, w liczbie równej bądź większej niż średniomiesięczna liczba udzielonych świadczeń w roku 2023 lub 2024 w przypadku gdy świadczeniodawca nie udzielał świadczeń w roku 2023 dla pełnych miesięcy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

**Nazwa podmiotu leczniczego: …………………………………………………………………………………………………………………
Numer księgi rejestrowej: …………………………………………………………………………………………………………………**Dane Miejsc Udzielania Świadczeń:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Kod komórki (Cz. VII KR) | Adres MUŚ | Numer umowy z NFZ na pilotaż | Kod świadczeniodawcy | OW NFZ | **Udostępniona liczba terminów**(Liczba zaplanowanych lub wolnych terminów przekazana inicjalnie do e-rejestracji) | **Data zgłoszenia gotowości**- zgodnie z§ 14 ust. 1 pkt 1 lit. a(zgłoszenie zakończenia przekazywania danych o terminach)**Data nie może być wcześniejsza niż data AKTYWACJI MUŚ!** | **Data pierwszego terminu** (nie może być późniejsza niż 30 dni od daty w kol. 8!) |
| -1- | -2- | -3- | -4- | -5- | -6- | -7- | -8- | -9- |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |

Kontakt do osoby uprawnionej dokonującej zgłoszenia (telefon, mail):

……………………………………………………………………………………………………………………………………..

Data i podpis osoby uprawnionej