



### Karta zgłoszeniowa do Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych

<b>I. Dane Teleadresowe</b>			
Nazwa jednostki:			
Adres:			
Telefon:			
Adres e-mail :			
Imię i Nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania:			
Przychód w ostatnim roku kalendarzowym:		Wartość kontraktu NFZ w roku poprzednim :	
<b>II. Posiadane Akredytacje</b>			
Certyfikat		Tak	Nie
certyfikat ISO 9001 systemu zarządzania jakością			
certyfikat ISO 14001 systemu zarządzania środowiskowego			
certyfikat OHSAS 18001 lub PN-N 18001 systemu zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy			
certyfikat ISO 27 001 systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji			
certyfikat ISO 22000 systemu zarządzania bezpieczeństwem żywności			
certyfikat akredytacyjny Ministra Zdrowia (CMJ)			
<b>III. Dane dt. zatrudnionego personelu</b>			
Liczba personelu lekarskiego :		W tym na wyłączność/:	
	umowa o pracę:		
	kontrakt:		
Liczba personelu pielęgniarskiego:			
Łączna liczba zatrudnionych:			

<b>IV. Szpitalnictwo</b>			
Wykonawstwo usług w trybie : całodobowym, planowym, jednodniowym / <u>właściwe podkreślić</u> /			
Zakres świadczonych usług:	Nazwa	Liczba operacji	
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
5.			
Wartość kontraktu z NFZ w roku poprzednim:			
Własna lub użytkowana na wyłączność baza /właściwe podkreślić/		Tak /Nie	
Liczba sal operacyjnych:		Liczba łóżek objętych intensywną opieką:	
Liczba łóżek pooperacyjnych:		Liczba łóżek na OAiT:	
Liczba łóżek pobytowych:		Liczba operacji w roku poprzednim:	
<b>V. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna</b>			
Zakres świadczonych usług:	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
Wartość kontraktu z NFZ w roku poprzednim:			
Liczba porad ambulatoryjnych i zabiegów w roku poprzednim:			
<b>VI. Podpis</b>			
Pieczętka i podpis kierownika jednostki:			
Pieczętka nagłówkowa zakładu:			
Data			