

HARMONOGRAM-ZASOBY**rodzaj świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna**

Nr pozycji umowy (a)	Kod zakresu świadczeń (b)	Zakres świadczeń (c)	Kod miejsca udzielania świadczeń (d)	Nazwa miejsca udzielania świadczeń (e)	Adres miejsca udzielania świadczeń (f)	Część VII kodu resortowego (g)	Część VIII kodu resortowego (h)	Profil IX - X cz. kodu res.(i)

I. Dostępność miejsca udzielania świadczeń									
Harmonogram									
pn (a)	wt (b)	śr (c)	czw (d)	pt (e)	sob (f)	nd (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status D, M, U*

II. Personel								
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	Pesel (d)	Okres udzielania świadczeń w ramach umowy		Status D, M, U*		
				od (n)	do (o)			
Uprawnienia zawodowe								
Grupa zawodowa (p)			Nr Prawa Wyk. Zawodu (q)					
Zawód-specjalność								
Nazwa (r)			Stopień specjalizacji (s)	Data uzyskania (t)	Data otwarcia (u)			
Kompetencje								
Nazwa (w)						Data uzyskania (y)		
Doświadczenie zawodowe (z)								
III. Sprzęt								
Unikalny wyróżnik sprzętu (a)	Nazwa sprzętu (b)	Ilość (c)	Nr seryjny sprzętu (d)	Rodzaj dostępności sprzętu (e)	Rok produkcji (f)	Dostępny od (g)	Dostępny do (h)	Status D, M, U*
IV. Pojazdy**								
Unikalny wyróżnik pojazdu (a)	Nazwa pojazdu (b)	Nr rejestracyjny (c)			Rok produkcji (d)	Dostępny od (e)	Dostępny do (f)	Status D, M, U*

* D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

** wypełniany dla umów o udzielanie świadczeń transportu sanitarnego w poz