

HARMONOGRAM - ZASOBY**rodzaj świadczeń:**

I. Rejon operacyjny			
Kod rejonu operacyjnego (a)		Nazwa rejonu operacyjnego (b)	

II. Osoby personelu rejonu operacyjnego									
Unikalny wyróżnik osoby (a)	Nazwisko (b)	Imiona (c)	PESEL (d)	Zawód/specjalność (kod + nazwa) (e)	Nr Prawa Wyk. Zawodu (f)	Dostępność godzinowa tygodniowo (g)	Obowiązuje od (h)	Obowiązuje do (i)	Status B, D, M, U*

III. Zakres świadczeń			
Kod zakresu świadczeń (a)		Nazwa zakresu świadczeń (b)	

IV. Zespół RTM										
Kod zespołu RTM (a) **	Nazwa zespołu RTM (b)	Adres miejsca stacjonowania (c)	TERYT miejsca stacjonowania (d)	Unikalny wyróżnik zespołu RTM (e)	Wyróżnik podwykonawcy (f)	Wyróżnik współrealizatora(g)	Kod komórki org. (część VII KR) (h)	Obowiązuje od (i)	Obowiązuje do (j)	Status B, D, M, U*
Obszar działania zespołu (k)										

V. Dostępność zespołu RTM										
Dostępność godzinowa tygodniowo (a)	pn (b)	wt (c)	śr (d)	czw (e)	pt (f)	sob (g)	nd (h)	Obowiązuje od (i)	Obowiązuje do (j)	Status B, D, M, U*

VI. Pojazd przypisany do zespołu RTM											
Unikalny wyróżnik zespołu RTM (a)	Unikalny wyróżnik pojazdu (b)	Wyróżnik podwykonawcy (c)	Wyróżnik współrealizatora (d)	Nr rejestracyjny (e)	Marka, model (f)	VIN (g)	Typ ambulansu (h)	Rok produkcji (i)	Dostępny od (j)	Dostępny do (k)	Status B, D, M, U*

Dyrektor OW***

Świadczeniodawca/Świadczeniodawca-Reprezentant ****

* B - brak zmian, D - dodano, M - zmodyfikowano, U - usunięto

** 10 znakowy kod jednostki/zespołu RTM oparty o kod TERC (TERYT)

*** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć wraz z podpisem

**** Kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy/świadczeniodawcy-reprezentanta - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem

Kody resortowe - kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r. poz. 450, z późn. zm.).