

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

WNIOSEK O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

Nazwa właściwego Oddziału Funduszu:

ZASADY WYPEŁNIANIA WNIOSKU O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

- 1) Wniosek o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept wymaga podania przez Wnioskodawców danych określonych w części I i II wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept.
- 2) W trakcie wypełniania wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept należy posługiwać się Instrukcją wypełniania wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept.
- 3) Wszelkie informacje podawane we wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept muszą być kompletne, poprawne i zgodne ze stanem faktycznym.
- 4) Po wypełnieniu wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia dotyczącego kompletności, poprawności i zgodności ze stanem faktycznym podawanych danych.
 - 5) Po wypełnieniu wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia, że nie jest osobą prawomocnie skazaną za przestępstwo określone w art. 54 ust. 2, 3 lub 5 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.), lub art. 228-230, art. 286 lub art. 296a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2017 r. poz. 2204, z późn. zm).
- 6) Po wypełnieniu wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept Wnioskodawca zobowiązuje się do dokonywania aktualizacji informacji rejestrowanych w Portalu NFZ w ciągu 14 dni od dnia zaistnienia zmiany.

CZĘŚĆ I. DANE REJESTROWE WNIOSKODAWCY

| I.1. Dane podstawowe Wnioskodawcy | | | |
|-----------------------------------|--|--|--|
| 1 | Imię/Imiona * | | |
| 2 | Nazwisko* | | |
| 3 | Nr PESEL* | | |
| 4 | Dokument tożsamości – rodzaj | | |
| 5 | Dokument tożsamości – seria i numer | | |
| 6 | Dokument tożsamości – kraj wydania | | |
| 7 | Dokument tożsamości – data wydania | | |
| 8 | Dokument tożsamości – data ważności | | |
| 9 | Dokument tożsamości – data końca obowiązywania | | |

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

| | | |
|----|---|--|
| 10 | Adres zamieszkania – miejscowość* | |
| 11 | Adres zamieszkania – kod pocztowy* | |
| 12 | Adres zamieszkania – ulica | |
| 13 | Adres zamieszkania – numer domu* | |
| 14 | Adres zamieszkania – numer lokalu | |
| 15 | Adres do korespondencji – miejscowość* | |
| 16 | Adres do korespondencji – kod pocztowy* | |
| 17 | Adres do korespondencji – ulica | |
| 18 | Adres do korespondencji – numer domu* | |
| 19 | Adres do korespondencji – numer lokalu | |
| 20 | Adres e-mail | |
| 21 | Numer telefonu* | |

I.2. Uprawnienia zawodowe Wnioskodawcy

| | | |
|----|---|--|
| 1 | Rodzaj uprawnienia zawodowego* | |
| 2 | Prawo wykonywania zawodu – numer* | |
| 3 | Prawo wykonywania zawodu – data uzyskania* | |
| 4 | Prawo wykonywania zawodu – organ wydający – kod* | |
| 5 | Prawo wykonywania zawodu – organ wydający – nazwa* | |
| 6 | Zawód/Specjalność – kod* | |
| 7 | Zawód/Specjalność – nazwa* | |
| 8 | Zawód/Specjalność – stopień specjalizacji* | |
| 9 | Zawód/Specjalność – data otwarcia / uzyskania specjalizacji | |
| 10 | Kompetencje – kod | |
| 11 | Kompetencje – nazwa | |
| 12 | Kompetencje – data uzyskania | |
| 13 | Kompetencje – numer zaświadczenia | |
| 14 | Wykształcenie – kod | |
| 15 | Wykształcenie – nazwa | |

CZĘŚĆ II. DODATKOWE DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY

II.1. Status Wnioskodawcy*

| | | |
|---|--------------------------|--|
| 1 | <input type="checkbox"/> | <i>Wnioskodawca jest osobą, posiadającą prawo wykonywania zawodu, która zaprzestała jego wykonywania i zamierza korzystać z prawa do wystawiania recept refundowanych dla siebie, małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (recepty pro auctore i pro familiae)</i> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <i>Wnioskodawca jest osobą, posiadającą prawo wykonywania zawodu, która nie zaprzestała jego wykonywania i zamierza korzystać z prawa do wystawiania recept na leki refundowane dla siebie, małżonka, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (recepty pro auctore i pro familiae)</i> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <i>Wnioskodawca jest osobą wykonującą zawód lekarza/lekarza dentystry/ felczera/ pielęgniarki/położnej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym, który nie zawarł z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej</i> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <i>Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą związaną z wykonywaniem działalności leczniczej</i> |

II.2. Dane dotyczące wykonywanej działalności leczniczej

| | | |
|---|--|--|
| 1 | Forma działalności leczniczej – kod* | |
| 2 | Forma działalności leczniczej – nazwa* | |

II.3. Dane rejestrowe dotyczące wykonywanej działalności leczniczej

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Nazwa firmy lub imię i nazwisko podmiotu wykonującego działalność leczniczą* | |
| 2 | Organ rejestrujący działalność leczniczą* | |
| 3 | Nr wpisu do rejestru działalności leczniczej* | |
| II.4. Dane rejestrowe dotyczące prowadzonej działalności gospodarczej | | |
| 1 | Forma organizacyjno-prawna działalności gospodarczej* | |
| 2 | Organ rejestrujący działalność gospodarczą* | |
| 3 | Nr wpisu do rejestru działalności gospodarczej* | |
| 4 | NIP* | |
| 5 | REGON* | |
| II.5. Wykaz miejsc udzielania świadczeń i miejsc przechowywania dokumentacji medycznej | | |
| 1 | Forma działalności leczniczej - kod* | |
| 2 | Miejsce udzielania świadczeń - nazwa* | |
| 3 | Identyfikator miejsca udzielania świadczeń - Numer REGON* | |
| 4 | Identyfikator miejsca udzielania świadczeń - kod resortowy* | VII część: VIII część |
| 5 | Adres miejsca udzielania świadczeń/ przyjmowania wezwań – adres | |
| 6 | Adres miejsca udzielania świadczeń/ przyjmowania wezwań - miejscowość* | |
| 7 | Adres miejsca udzielania świadczeń/ przyjmowania wezwań – kod pocztowy* | |
| 8 | Adres miejsca udzielania świadczeń/ przyjmowania wezwań – ulica | |
| 9 | Adres miejsca udzielania świadczeń/ przyjmowania wezwań - numer domu* | |
| 10 | Adres miejsca udzielania świadczeń/ przyjmowania wezwań - numer lokalu | |
| 11 | Adres miejsca udzielania świadczeń/ przyjmowania wezwań - telefon kontaktowy* | |
| 12 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej tożsamy z adresem miejsca udzielania świadczeń/ adresem miejsca przyjmowania wezwań * | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 13 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej - miejscowość* | |

Numer wniosku.....*(nadawany przez system informatyczny NFZ)*

| | | |
|----|--|---|
| 14 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej – kod pocztowy* | |
| 15 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej – ulica | |
| 16 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej - numer domu* | |
| 17 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej - numer lokalu | |
| 18 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej tożsamy z adresem zamieszkania Wnioskodawcy* | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE |
| 19 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej - miejscowość* | |
| 20 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej - kod pocztowy* | |
| 21 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej - ulica | |
| 22 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej - numer domu* | |
| 23 | Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej - numer lokalu | |

OŚWIADCZENIA:

- Oświadczam, że przedstawione we wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania unikalnych numerów identyfikujących recepty dane są kompletne, poprawne i zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym*.
- Oświadczam, że nie jestem osobą prawomocnie skazaną za przestępstwo określone w art. 54 ust. 2, 3 lub 5 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych lub art. 228-230, art. 286 lub art. 296a Kodeksu karnego*.
- Zobowiązuję się do aktualizacji informacji rejestrowanych w Portalu NFZ w ciągu 14 dni od dnia zaistnienia zmiany*.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Fundusz moich danych osobowych, w celach związanych z wykonywaniem czynności Użytkownika Portalu NFZ*.

..... Oddział Wojewódzki NFZ oświadcza, że dane osobowe podane przez Wnioskodawcę we wniosku o nadanie uprawnienia do pobierania numerów recept będą przetwarzane w SI NFZ zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Ogólne rozporządzenie o ochronie danych), informuję, że:

Administratorem Pana/i danych osobowych jest Narodowy Fundusz Zdrowia z siedzibą w Warszawie przy ul. Grójeckiej 186, reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z upoważnienia którego działa dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych

wNarodowego Funduszu Zdrowia:

(nazwa jednostki organizacyjnej)

.....
(dane kontaktowe IOD OW NFZ: adres poczty elektronicznej)

Pana/i dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zadań statutowych i obowiązków ustawowych, w szczególności na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.).

Odbiorcą Pana/i danych osobowych będą wyłącznie podmioty posiadające upoważnienie do pozyskiwania danych osobowych na podstawie przepisów prawa powszechnie obowiązującego.

Pana/i dane osobowe będą przechowywane przez okres niezbędny na potrzeby realizacji ustawowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, ochrony realizacji roszczeń i realizacji zadań wynikających z ustaw szczególnych, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2018 r. poz. 217).

Posiada Pan/i prawo dostępu do treści swoich danych oraz prawo ich sprostowania, ograniczenia przetworzenia, prawo do przenoszenia danych (o ile w danych przypadkach przysługuje), prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania (jeżeli przetwarzanie odbywa się na podstawie zgody), którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.

Od czynności podjętych przez administratora danych osobowych, w związku z przetwarzaniem danych osobowych, przysługuje Panu/i prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Przekazane przez Pana/nią dane nie posłużą do zautomatyzowanego podejmowania decyzji jak również profilowania.

MIJSCĘ PRZEKAZANIA WNIOSKU O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

.....Oddział Wojewódzki NFZ

Wydział/Dział

ul. nr

.....

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

kod pocztowy:.....

Miejscowość.....

Miejscowość i data

Podpis i pieczęć wnioskodawcy

* dane oznaczone gwiazdką (*) są wymagane

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

I. DANE REJESTROWE WNIOSKODAWCY

I.1. Dane podstawowe Wnioskodawcy – dane oznaczone gwiazdką (*) są wymagane.

1. **Imię/imiiona*** - należy wpisać imię Wnioskodawcy; w przypadku posiadania dwóch imion należy podać oba imiona;
2. **Nazwisko*** – należy wpisać nazwisko Wnioskodawcy;
3. **Numer PESEL*** – należy wpisać osobisty, 11 cyfrowy numer identyfikacyjny PESEL Wnioskodawcy;
- 4–9. **Dane dotyczące dokumentu tożsamości** – wymagane podanie tych danych w przypadku braku numeru PESEL - należy wpisać rodzaj, serię, numer dokumentu tożsamości oraz kraj, w którym wydano dokument tożsamości, datę wydania, datę ważności oraz datę końca obowiązywania, jeżeli dotyczy;
10. **Adres zamieszkania – miejscowość*** – należy wpisać miejscowość, w której zamieszkuje Wnioskodawca;
11. **Adres zamieszkania – kod pocztowy*** – należy wpisać kod pocztowy miejscowości, w której zamieszkuje Wnioskodawca;
12. **Adres zamieszkania – ulica** – należy wpisać ulicę, przy której zamieszkuje Wnioskodawca, jeżeli dotyczy;
13. **Adres zamieszkania – numer domu*** – należy wpisać numer domu, w którym zamieszkuje Wnioskodawca;
14. **Adres zamieszkania – numer lokalu** – należy wpisać numer lokalu, w którym zamieszkuje Wnioskodawca, jeżeli dotyczy;
- 15–19. **Adres do korespondencji** - dane dot. adresu do korespondencji należy podać, jeśli są inne niż zamieszkania; jeśli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania należy przepisać dane z adresu zamieszkania – zakres danych w adresie do korespondencji nie może być pusty;
20. **Adres e-mail** - adres poczty elektronicznej Wnioskodawcy, jeżeli dotyczy.
21. **Numer telefonu*** – należy wpisać numer telefonu, który może być, w przypadku Wnioskodawcy ubiegającego się o uprawnienie do pobierania numerów recept, wykorzystany do podania na recepcie, jako numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę, zgodnie z art. 96a ust. 1 pkt 3 lit. d ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z z 2017 r. poz. 2221, z późn. zm.).

I.2. Uprawnienia zawodowe Wnioskodawcy - dane oznaczone gwiazdką (*) są wymagane

1. **Rodzaj uprawnienia zawodowego*** - należy wpisać lub wybrać ze słownika właściwą opcję z następujących możliwych: lekarz, lekarz dentysta, felczer, starszy felczer, pielęgniarka, położna;
2. **Prawo wykonywania zawodu – numer*** – należy wpisać numer prawa wykonywania zawodu nadawany przez właściwy organ;
3. **Prawo wykonywania zawodu – data uzyskania*** – należy wpisać datę uzyskania prawa wykonywania zawodu;

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

- 4–5. Prawo wykonywania zawodu – organ wydający – kod i nazwa*** – należy wpisać lub wybrać ze słownika właściwy organ wydający prawo wykonywania zawodu;
- 6–7. Zawód/Specjalność: rodzaj – kod, nazwa*** – należy wpisać lub wybrać ze słownika wykonywany zawód wraz ze zdobytą specjalizacją, jeżeli dotyczy. Również w przypadku pielęgniarek i położnych wymagane jest podanie informacji zgodnie ze słownikiem „Zawód/specjalność, gdyż są w nim pozycje dot. specjalizacji pielęgniarek i położnych. Są to pozycje dla pielęgniarek od kodu 222201 – do kodu 222290 i dla położnych od kodu 223201 do kodu 223290. Jeśli pielęgniarka nie posiada specjalizacji wskazuje kod grupy zawodowej 222101, a położna, jeśli nie posiada specjalizacji wskazuje kod grupy zawodowej 223101.
- 8. Zawód/Specjalność – stopień specjalizacji*** – należy wybrać właściwą opcję ze słownika „Stopni specjalizacji” lub wpisać właściwą opcję z następujących możliwych: bez specjalizacji, specjalista, 1 st. specjalizacji, w trakcie specjalizacji – dotyczy to również pielęgniarek i położnych. W przypadku posiadania specjalizacji przez pielęgniarkę lub położną powinna być wybrana opcja „specjalista” (kod „2”). Jeśli pielęgniarka nie posiada specjalizacji lub jest w trakcie specjalizacji wpisuje lub wybiera odpowiednio ze słownika „Stopni specjalizacji” opcję „bez specjalizacji” (kod „0”) lub „w trakcie specjalizacji” (kod „9”);
- 9. Zawód/Specjalność – data otwarcia/uzyskania specjalności** – należy wpisać datę uzyskania specjalności, jeżeli dotyczy;
- 10–13. Dane dotyczące kompetencji – kod, nazwa, data uzyskania i numer zaświadczenia o zdobyciu odpowiednich kompetencji** —wymagane w przypadku pielęgniarek i położnych – należy wpisać kod, nazwę, datę uzyskania oraz numer zaświadczenia o zdobyciu odpowiednich kompetencji. W przypadku pielęgniarek i położnych ubiegających się o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept, które ukończyły kurs specjalistyczny dotyczący ordynacji leków i wyrobów medycznych – należy wybrać właściwą pozycję ze słownika „Kompetencji” o kodzie **0368**, i nazwie „**Kurs specjalistyczny dotyczący ordynacji leków i wyrobów medycznych**” - dotyczy pielęgniarek i położnych, które ukończyły kurs specjalistyczny, umożliwiający ordynację przez pielęgniarki i położne, określonych leków i wyrobów medycznych, uprawnienia pielęgniarek i położnych, o których mowa w art. 15a ust. 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. z 2018 r. poz. 123), z późn. zm.);
W przypadku pielęgniarek/położnych, które nabyły wiedzę dot. ordynacji leków i wyrobów medycznych w ramach kształcenia w szkołach pielęgniarskich i w szkołach położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego i których tym samym nie dotyczy obowiązek ukończenia kursu specjalistycznego dotyczący ordynacji leków i wyrobów medycznych, należy wybrać właściwą pozycję ze słownika „Kompetencji” o kodzie **0369** i nazwie „**Nabycie wiedzy dotyczącej ordynacji leków i wyrobów medycznych w ramach kształcenia w szkole pielęgniarskiej lub położnych lub w ramach szkolenia specjalizacyjnego, co zwalnia z obowiązku odbycia kursu specjalistycznego w tym zakresie**”, o czym mowa w art.15a ust. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej;
- 14–15. Wykształcenie – kod, nazwa** – należy wpisać lub wybrać ze słownika rodzaj wykształcenia – właściwy kod i nazwę, zgodnie z posiadanym wykształceniem.
W przypadku pielęgniarek i położnych ubiegających się o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept, które ukończyły studia wyższe medyczne na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, należy **obowiązkowo** wpisać lub wybrać właściwą pozycję ze słownika „Wykształcenie”, jeżeli dotyczy:
- Kod pozycji 0010 – nazwa pozycji: WYŻSZE MEDYCZNE – TYTUŁ LICENCJATA na kierunku pielęgniarstwo,
 - Kod pozycji 0011 – nazwa pozycji: WYŻSZE MEDYCZNE – TYTUŁ MAGISTRA na kierunku pielęgniarstwo,
 - Kod pozycji 0012 – nazwa pozycji: WYŻSZE MEDYCZNE – TYTUŁ LICENCJATA na kierunku położnictwo,

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

- Kod pozycji 0013 – nazwa pozycji: WYŻSZE MEDYCZNE – TYTUŁ MAGISTRA na kierunku położnictwo.

Pozycje te mogą być również wskazane w przypadku pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia wyższe medyczne odpowiednio na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, nawet gdy nie ubiegają się o uprawnienie do pobierania numerów recept. W przypadku pielęgniarek i położnych, które ukończyły studia wyższe medyczne na innych kierunkach niż pielęgniarstwo i położnictwo (np. promocja zdrowia, zdrowie publiczne) należy wybrać pozycję ze słownika odpowiednio o kodzie i nazwie: 0001 WYŻSZE MEDYCZNE – TYTUŁ MAGISTRA lub o kodzie i nazwie: 0002 WYŻSZE MEDYCZNE – TYTUŁ LICENCJATA.

II. DODATKOWE DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY – wymagana do wypełnienia przez Wnioskodawców, ubiegających się o nadanie uprawnień do pobierania numerów recept. Dane oznaczone gwiazdką (*) są wymagane.

II.1. Status Wnioskodawcy* – należy zaznaczyć właściwe opcje z podanych we wniosku;

II.2. Dane dotyczące wykonywanej działalności leczniczej* – dotyczy Wnioskodawców wykonujących działalność leczniczą oraz Wnioskodawców wykonujących zawód lekarza/lekarza dentystry/felczera/pielęgniarki/położnej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym, który nie zawarł z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, czyli przy wyborze opcji nr 3 i 4 w pkt II.1; należy podać informacje dotyczące wszystkich prowadzonych form działalności leczniczej, które Wnioskodawca osobiście wykonuje lub jeśli pracuje w kilku podmiotach leczniczych; Nie dotyczy Wnioskodawców, którzy ubiegają się o uprawnienia do pobierania numerów recept wystawianych wyłącznie w trybie pro auctore i pro familiae;

1–2. Forma działalności leczniczej – kod i nazwa* – należy podać kod i nazwę formy działalności leczniczej zgodnie z art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160, z późn.zm.) – należy wpisać lub wybrać właściwą pozycję ze słownika form działalności leczniczej; Nie dotyczy Wnioskodawców, którzy ubiegają się o uprawnienia do pobierania numerów recept wystawianych wyłącznie w trybie pro auctore i pro familiae;

II.3. Dane rejestrowe dotyczące wykonywanej działalności leczniczej – dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o których mowa w art. 2 ust.1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Nie dotyczy Wnioskodawców, którzy ubiegają się o uprawnienia do pobierania numerów recept wystawianych wyłącznie w trybie pro auctore i pro familiae;

- 1. Nazwa firmy*** – należy wpisać nazwę podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby fizycznej, zgodnie z wpisem w publicznym rejestrze przedsiębiorców (KRS lub CEIDG) i wpisem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL);
- 2. Organ rejestrujący działalność leczniczą*** – należy wpisać nazwę organu rejestrującego działalność leczniczą, w przypadku praktyk zawodowych należy wpisać nazwę okręgowej izby lekarskiej, właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza/lekarza dentystry lub nazwę okręgowej izby pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej pielęgniarki/położnej;
- 3. Nr wpisu do rejestru działalności leczniczej*** – w przypadku podmiotów leczniczych należy wpisać numer księgi rejestrowej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL), stanowiącego część I systemu resortowych kodów identyfikacyjnych, o którym mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2012 r. poz. 599, z późn.zm.) a w przypadku praktyk zawodowych numer księgi rejestrowej z rejestru praktyk zawodowych.

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

II.4. Dane rejestrowe dotyczące prowadzonej działalności gospodarczej - Ta sekcja danych dotyczy Wnioskodawców, którzy prowadzą działalność gospodarczą związaną z wykonywaniem działalności leczniczej, czyli gdy dokonali wyboru opcji 4 w pkt II.1; Nie dotyczy Wnioskodawców, którzy ubiegają się o uprawnienia do pobierania numerów recept wystawianych wyłącznie w trybie pro auctore i pro familiae;

1. **Forma organizacyjno-prawna działalności gospodarczej*** - należy wpisać lub wybrać ze słownika form organizacyjno-prawnych działalności gospodarcze kod i nazwę formy organizacyjno-prawnej działalności gospodarczej;
2. **Organ rejestrujący działalność gospodarczą*** – należy wpisać nazwę organu rejestrującego działalność gospodarczą - rodzaj publicznego rejestru przedsiębiorców - Krajowy Rejestr Sądowy (KRS) lub Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej (CEIDG);
3. **Nr wpisu do rejestru działalności gospodarczej*** – należy podać Nr wpisu do rejestru działalności gospodarczej - wymagany w przypadku wpisu w KRS, nie jest wymagany w przypadku wpisu w CEIDG;
4. **NIP*** – Numer Identyfikacji Podatkowej;
5. **REGON*** – 9-znakowy numer REGON z Krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej (REGON).

II.5. Wykaz miejsc udzielania świadczeń i miejsc przechowywania dokumentacji medycznej

– dane o miejscu udzielania świadczeń; należy wymienić wszystkie miejsca udzielania świadczeń we wszystkich formach prowadzonej działalności leczniczej; tą część wniosku należy wypełnić tyle razy, ile jest miejsc udzielania świadczeń w ramach danej formy działalności leczniczej; dotyczy podmiotów leczniczych i praktyk zawodowych; W przypadku indywidualnych praktyk zawodowych wykonujących świadczenia zdrowotne wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem oraz Wnioskodawców wykonujących zawód lekarza/lekarza dentystry/ felczera / pielęgniarki/ położnej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym, który nie zawarł z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, należy wpisać dane miejsca udzielania świadczeń wchodzącego w struktury tego podmiotu leczniczego.

1. **Forma działalności leczniczej – kod*** – należy wpisać lub wybrać kod formy działalności leczniczej ze słownika form działalności leczniczej, jeżeli dotyczy;
2. **Nazwa miejsca udzielania świadczeń*** – nazwa miejsca udzielania świadczeń zgłoszona w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL); w przypadku indywidualnych praktyk zawodowych – nazwa praktyki zawodowej wskazana w rejestrze praktyk zawodowych, jeżeli dotyczy;
3. **Identyfikator miejsce udzielania świadczeń – Numer REGON*** – należy wpisać numer identyfikacyjny miejsca udzielania świadczeń, czyli 9-znakowy numer REGON z Krajowego rejestru urzędowego podmiotów gospodarki narodowej (REGON), podanie tego identyfikatora jest wymagane w przypadku Wnioskodawców prowadzących działalność gospodarczą i Wnioskodawców wykonujących zawód lekarza/lekarza dentystry/felczera/pielęgniarki/położnej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym, który nie zawarł z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
4. **Identyfikator miejsca udzielania świadczeń – Kod resortowy** – należy wpisać numer identyfikacyjny miejsca udzielania świadczenia, zgodnego z wpisem do Rejestru Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą (RPWDL), jeżeli dotyczy; Identyfikator ten jest dodatkowo wymagany (oprócz 9-znakowego numeru REGON) w przypadku podmiotów leczniczych; Identyfikator ten stanowi część VII i VIII systemu resortowych kodów

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

identyfikacyjnych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania; Identyfikatory te są nadawane na podstawie informacji zawartych we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL), o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

5-11. Adres miejsca udzielania świadczeń/przyjmowania wezwań* – dane adresowe miejsca udzielania świadczeń lub w przypadku praktyk zawodowych wykonujących działalność leczniczą wyłącznie w miejscu wezwania - adres miejsca przyjmowania wezwań; W przypadku indywidualnych praktyk zawodowych wykonujących świadczenia zdrowotne wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem i Wnioskodawców wykonujących zawód lekarza/lekarza dentysty/felczera/pielęgniarki/położnej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym, który nie zawarł z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, należy wpisać adres miejsca udzielania świadczeń wchodzące w struktury tego podmiotu.

12-23. Dane dotyczące miejsca przechowywania dokumentacji medycznej – należy podać adres miejsca przechowywania

12-18. W przypadku, gdy adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej jest tożsamy z adresem miejsca udzielania świadczeń/miejsca przyjmowania wezwań należy zaznaczyć opcję „TAK”, lub jeśli nie jest – wybrać opcję „NIE” i podać adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej;

19-23. W przypadku Wnioskodawców wystawiających wyłącznie recepty pro auctore i pro familiae, gdy adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej jest tożsamy z adresem zamieszkania, należy zaznaczyć opcję „TAK”, lub jeśli nie jest – wybrać opcję „NIE” i podać adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej.