

INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

I. DANE REJESTROWE WNIOSKODAWCY – Dane rejestrowe niezbędne do uzyskania konta dostępu do Portalu NFZ przez pracowników medycznych

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

1. **Imię/imiona*** - imię Wnioskodawcy; w przypadku posiadania dwóch imion należy podać oba imiona
2. **Nazwisko*** – Nazwisko Wnioskodawcy
3. **Numer PESEL*** – osobisty, 11 cyfrowy numer identyfikacyjny PESEL Wnioskodawcy
4. **Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości*** - rodzaj, seria i numer dowodu osobistego albo paszportu, w przypadku braku numeru PESEL
5. **Adres zamieszkania – miejscowość*** – miejscowość, w której zamieszkuje Wnioskodawca, do wyboru z udostępnionej listy
6. **Adres zamieszkania - kod pocztowy*** – kod pocztowy miejscowości, w której zamieszkuje Wnioskodawca
7. **Adres zamieszkania – ulica** – ulica, przy której zamieszkuje Wnioskodawca
8. **Adres zamieszkania - numer domu*** – numer domu, w którym zamieszkuje Wnioskodawca
9. **Adres zamieszkania - numer lokalu** - numer lokalu, w którym zamieszkuje Wnioskodawca
- 10-14. **Adres do korespondencji** - dane dot. adresu do korespondencji należy wypełnić, jeśli są inne niż adres zamieszkania; jeśli adres do korespondencji jest taki sam jak adres zamieszkania, należy wpisać „jak wyżej”;
15. **Adres e-mail** - adres poczty elektronicznej Wnioskodawcy, jeżeli dotyczy.

I.2. Uprawnienia zawodowe – jeśli wnioskodawca ma więcej niż jedno uprawnienie zawodowe, należy je wszystkie wymienić;

1. **Rodzaj uprawnienia zawodowego*** - należy wpisać właściwą odpowiedź z następujących: lekarza, lekarz dentysta, felczer, starszy felczer, pielęgniarka, położna.
2. **Prawo wykonywania zawodu – numer*** – numer prawa wykonywania zawodu nadawany przez właściwy organ;
3. **Prawo wykonywania zawodu – data wydania*** – data wydania prawa wykonywania zawodu
4. **Prawo wykonywania zawodu – organ wydający*** – organ wydający prawo wykonywania zawodu;
5. **Specjalizacja – rodzaj specjalizacji** – należy wpisać właściwą nazwę specjalizacji, jeśli dotyczy;
6. **Specjalizacja – stopień specjalizacji** – w przypadku specjalizacji lekarskich należy wpisać właściwą opcję z następujących możliwych: bez specjalizacji, specjalista, 1 st. specjalizacji, w trakcie specjalizacji, jeśli dotyczy,.
7. **Specjalizacja – data uzyskania** – należy podać datę uzyskania specjalizacji, jeżeli dotyczy.
8. **Kurs specjalistyczny dot. wystawiania recept - numer zaświadczenia*** - dotyczy pielęgniarek i położnych, które ukończyły kurs specjalistyczny, umożliwiający ordynację przez pielęgniarki i położne, określonych leków i wyrobów medycznych.
9. **Ukończenie studiów wyższych pielęgniarskich** – dotyczy pielęgniarek i położnych, które ukończyły wyższe studia pielęgniarskie; należy zaznaczyć właściwe opcje;
10. **Numer telefonu kontaktowego*** – numer telefonu kontaktowego Wnioskodawcy

II. DODATKOWE DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY - wymagana do wypełnienia przez Wnioskodawców, ubiegających się o nadanie uprawnień do pobierania numerów recept.

II.1. Status Wnioskodawcy* - należy zaznaczyć właściwe opcje z podanych.

II.2. Dane dotyczące wykonywanej działalności leczniczej – dotyczy Wnioskodawców wykonujących działalność leczniczą oraz Wnioskodawców wykonujących zawód lekarza/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,

II. 2.1-2.2 Forma działalności leczniczej - kod i nazwa – należy podać właściwy kod i nazwę właściwej formy działalności leczniczej, o których mowa w art. 5 ustawy z dn.15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618) – należy wybrać właściwą pozycję ze słownika form działalności leczniczej¹ (kol 3 i 4), załączonego do niniejszej Instrukcji.

II.3. Dane rejestrowe dotyczące wykonywanej działalności leczniczej

1. **Nazwa firmy** – nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko podmiotu leczniczego, 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** – numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

II.4. Dane rejestrowe dotyczące prowadzonej działalności gospodarczej - Ta sekcja danych dotyczy Wnioskodawców, którzy prowadzą działalność gospodarczą związaną z wykonywaniem działalności leczniczej, czyli przy wyborze opcji 4 w pkt II.1;

1. **Forma organizacyjno-prawna działalności gospodarczej** - należy podać właściwy kod i nazwę formy organizacyjno-prawnej działalności gospodarczej wybraną ze słownika form organizacyjno-prawnych działalności gospodarczej² (kol 5 i 6);
2. **Organ rejestrujący działalność gospodarczą** – nazwa 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** – wymagany w przypadku wpisu w KRS, nie wymagany w przypadku wpisu w CEIDG;
4. **NIP** – Numer Identyfikacji Podatkowej, wymagany w przypadku podmiotów leczniczych
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 podać 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/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 wchodzące w struktury tego podmiotu leczniczego.

1. **Symbol formy działalności leczniczej** - kod z kol 3 słownika form działalności leczniczej¹;
2. **Nazwa miejsca udzielania świadczeń** – nazwa miejsca udzielania świadczeń zgłoszona w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku podmiotów

lecniczych; w przypadku indywidualnych praktyk zawodowych – nazwa praktyki zawodowej wskazana w rejestrze praktyk zawodowych;

- 3. Identyfikator miejsce udzielania świadczeń – Numer REGON** - 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/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** – numer identyfikacyjny miejsca udzielania świadczenia, dodatkowo (oprócz numeru REGON) wymagana w przypadku podmiotów leczniczych; jest to część VII i VIII resortowego kodu identyfikacyjnego, które są nadawane na podstawie informacji zawartych we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnego z wpisem do Rejestru Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą (RPWDL), jeśli dotyczy.
- 5-11. Adres miejsca udzielania świadczeń** – dane adresowe miejsca udzielania świadczeń, w przypadku indywidualnych praktyk zawodowych wykonujących świadczenia zdrowotne wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem i Wnioskodawców wykonujących zawód lekarza/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 strukturę tego podmiotu.

12-23: Dane dotyczące miejsc przechowywania dokumentacji medycznej

- 12-18:** w przypadku, gdy adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej jest tożsamy z adresem miejsca udzielania świadczeń należy zaznaczyć opcję „TAK”;
- 19-23:** w przypadku Wnioskodawców wystawiających wyłącznie recepty pro auctore i pro familia i praktyk zawodowych działających wyłącznie w miejscu wezwania, gdy adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej jest tożsamy z adresem zamieszkania, należy zaznaczyć opcję „TAK”.

Załącznik - Słownik form działalności leczniczej i form organizacyjno -prawnych działalności gospodarczej