

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

W Z Ó R

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 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
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

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

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, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa osoby wystawiającej (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, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu, krewnych lub powinowatych w linii prostej, a w linii bocznej do stopnia pokrewieństwa między dziećmi rodzeństwa osoby wystawiającej (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		
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**

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

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**	
14	Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej – kod pocztowy**	
15	Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej – ulica	
16	Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej - numer domu**	

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

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*.
- 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.

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych w Narodowym Funduszu Zdrowia

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 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 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. Rakowieckiej 26/30, reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, z którym może Pan/i kontaktować się listownie na adres siedziby administratora: 02-528 Warszawa, ul. Rakowiecka 26/30, za pomocą platformy ePUAP: NFZ-Centrała/SkrytkaESP oraz e-mailem: sekretariat.gpf@nfz.gov.pl.

Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych

W Narodowym Funduszu Zdrowia:

iod@nfz.gov.pl

(dane kontaktowe IOD: 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 2020 r. poz. 1398, 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, obrony roszczeń oraz zadań wynikających z ustaw szczególnych, w tym ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz.U. z 2020 r. poz. 164, z późn. zm.).

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.

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

**MIEJSCE PRZEKAZANIA WNIOSKU O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA
NUMERÓW RECEPT**

.....Oddział Wojewódzki NFZ

Wydział/Dział

ul. nr

.....

kod pocztowy:.....

Miejscowość.....

Miejscowość i data

Podpis wnioskodawcy

** dane oznaczone gwiazdką (*) są wymagane*

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

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/Imiona*** - 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- Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2020 r. , poz. 944, 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, farmaceuta;
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;
- 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/Specialność: 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

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

zawodowej 222101, a położna, jeśli nie posiada specjalizacji wskazuje kod grupy zawodowej 223101.

W przypadku farmaceuty należy wpisać kod:

228101 FARMACEUTA

228201 FARMACEUTA - SPECJALISTA ANALITYKI FARMACEUTYCZNEJ

228202 FARMACEUTA - SPECJALISTA BROMATOLOGII

228203 FARMACEUTA - SPECJALISTA FARMACJI APTECZNEJ

228204 FARMACEUTA - SPECJALISTA FARMACJI KLINICZNEJ

228205 FARMACEUTA - SPECJALISTA FARMACJI PRZEMYSŁOWEJ

228206 FARMACEUTA - SPECJALISTA FARMACJI SZPITALNEJ

228207 FARMACEUTA - SPECJALISTA FARMAKOLOGII

228208 FARMACEUTA - SPECJALISTA LEKU ROŚLINNEGO

228209 FARMACEUTA - SPECJALISTA MIKROBIOLOGII I BIOTECHNOLOGII FARMACEUTYCZNEJ

228210 FARMACEUTA - SPECJALISTA TOKSYKOLOGII

228211 FARMACEUTA - SPECJALISTA ZDROWIA PUBLICZNEGO

228212 FARMACEUTA - SPECJALISTA ZDROWIA ŚRODOWISKOWEGO

228290 POZOSTALI FARMACEUCI SPECJALIŚCI.

8. Zawód/Specialność – 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/Specialność – 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 2020 r.poz.562, 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 posiadany wykształceniem.

W przypadku pielęgniarek i położnych ubiegających się o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept, które ukończyły studia wyższe medyczne na kierunku

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

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,
- 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.

W przypadku farmaceuty należy wpisać kod i nazwę: 0001 WYŻSZE MEDYCZNE – TYTUŁ MAGISTRA.

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 2020 r. poz. 295, 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

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

izby lekarskiej, właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lekarza/lekarza dentyści 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 2019 r. poz.173) a w przypadku praktyk zawodowych numer księgi rejestrowej z rejestru praktyk zawodowych.

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 dentyści/ 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

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

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 identyfikacyjnych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. z 2019. poz. 173); 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 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 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.