

Załącznik do zarządzenia Nr 159/2022/DGL

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 2 grudnia 2022 r.

WNIOSEK O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

Numer wniosku.....

(nadawany przez system informatyczny NFZ)

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 powinny być kompletne, poprawne i zgodne ze stanem faktycznym.
- 4) Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia dotyczącego kompletności, poprawności i zgodności ze stanem faktycznym podawanych danych.
- 5) Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia, że nie jest osobą prawomocnie skazaną za przestępstwo określone w art. 54 ust. 2, 3 lub 5 ustawy o refundacji lub art. 228-230, art. 286 lub art. 296a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny (Dz. U. z 2022 r. poz. 1138, z późn. zm.).
- 6) 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	
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"/>	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 (<i>pro auctore</i> lub <i>pro familiae</i>)
2	<input type="checkbox"/>	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 (<i>pro auctore</i> lub <i>pro familiae</i>)
3	<input type="checkbox"/>	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
4	<input type="checkbox"/>	Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą związaną z wykonywaniem działalności leczniczej
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*	
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*	
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 lub art. 228-230, art. 286 lub art. 296a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny*.

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.

MIEJSCE PRZEKAZANIA WNIOSKU O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

.....	Oddział Wojewódzki NFZ
ul.	nr
kod pocztowy:.....	Miejscowość.....
Miejscowość i data	Podpis Wnioskodawcy

** dane oznaczone gwiazdką (*) są wymagane*

INSTRUKCJA WYPELNIANIA 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 2022 r. poz. 2301).

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;

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 2022 r. poz. 551, 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 obowiązków 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,

§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 2022 r. poz. 633, 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 2012 r. 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 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 wchodzące 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 identyfikacyjnych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. 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 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.