INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU O AKTUALIZACJĘ DANYCH OSÓB UPRAWNIONYCH DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

Osoba uprawniona posiadająca dostęp do Portalu Personelu uprawniona do pobierania numerów recept składa wniosek o aktualizację danych za jego pośrednictwem. Po zalogowaniu do swojego konta wybiera opcję "wnioski".

Portal Personelu 2014.08.1.2024	[Wyloge]
aca serwisowa utytkownika #	
Kod personelu: Imiona: Nazwisko: PESEL:	
Osoba zalogowana w Portalu zobowiązana jest do przestrzegania przepisów przy prze o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, że zm.)	twarzaniu danych osobowych, zgodnie z postanowieniami Ustawy z dnia 29.08.1997
Moje dane Tu sepamast się z podstawowymi informacjami na Twój temat zpromadronymi w systemie NF2 Moje podstawowe dane Wnioski	Recepty Grupa tematycznych funkcji umożliwiająca obsługę recept > Generowanie numerów recept > Składanie wniosków o zastrzeganie recept > Zestawienie statystyczne recept Pokaż więcej
Nowości Mejszę, w którym możesz zobaczyć nowe, istotne informacje lub komunikaty > Brak nowych wiadomości	Administracja i opcje Parametry działanu aplikacji > Zmiana hasła > Zarządzanie kontami użytkowników Wnioski o nadanie upoważnienia do korzystania z systemu eWUS , Zarządzanie uprawnieniami do korzystania z systemu eWUS , Regulamin korzystania z portalu NFZ przez pracowników medycznych



By rozpocząć składanie wniosku należy kliknąć przycisk □□alej→

Portal Personelu 2016.11.1.0014

Środowisko serwisowe gsplan2



Dalej +

Powrót Instrukcja - Wniosek o aktualizację danych osób uprawnionych do pobierania numerów recept

WNIOSEK O AKTUALIZACJĘ DANYCH OSÓB UPRAWNIONYCH DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

Opolski Oddział Wojewódzki NFZ

ZASADY WYPEŁNIANIA WNIOSKU O AKTUALIZACJĘ DANYCH OSÓB UPRAWNIONYCH DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

1) Wniosek o aktualizację uprawnienia do pobierania numerów recept wymaga podania przez Wnioskodawców danych określonych w części I i II wniosku o aktualizację uprawnienia do pobierania numerów recept.

2) W trakcie wypełniania wniosku o aktualizację 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 aktualizację uprawnienia do pobierania numerów recept muszą być kompletne, poprawne i zgodne ze stanem faktycznym.

4) Po wypełnieniu wniosku o aktualizację 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 aktualizację 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 o refundacji lub art. 228-230, art. 286 lub art. 296a ustawy z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny.

6) Po wypelnieniu wniosku o aktualizację uprawnienia do pobierania numerów recept Wnioskodawca zobowiązuje się do dokonywania aktualizacji informacji rejestrowanych w Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia w ciągu 14 dni od dnia zaistnienia zmiany.

Krok 1: Dane podstawowe Wnioskodawcy

W tym kroku prezentowane są dane Wnioskodawcy (imiona, nazwisko, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości) oraz adresy (zamieszkania i korespondencyjny). Dostępne do modyfikacji są pola związane z adresami.

I. <mark>1.</mark> Dane podstawowe Wniosko	odawcy	/							
. Imię pierwsze					2.Nazwisko				
		1. Imię drugie	÷						
					3. PESEL				
todzaj identyfikacji 兼 ● PES	EL O Do	okument w przypad	ku braku nume	eru PESEL					
Adres zamieszkania									
ŚLĄSKIE		* •	Gliwice			• •	Gliwice (gmi	na miejska) * •
10. Miejscowość		11. Kod pocztow	У	12. Ulica			13. Nr domu		14. Nr lokalu
Gliwice	Q	44-100	*			Q			
			Cliwice				Gliwice (ami	na miaiska	
15 Miejscowość		16 Kod posztow	Gilwice	17 Illica			18 Nr.domu	патпејзка	19 Nr lokalu
Gliwice *	Q	44-100	*	IT. Onca		Q	IS. NI CONIC	٠	13. NE IORAIU
					21. Numer telefonu				
					+48 222 545 4	56			
odanie adresu mailowego umożliwi									
ersonelu.	Wniosko	dawcy samodzielr	ną zmianę ha	asła w Portalu	Należy wpisać num się o uprawnienie numer telefonu do l 1 pkt 3) lit d) Ustaw	ier telefonu do pobiera bezpośredn y farmaceut	który może być, w nia numerów recep iego kontaktu z oso yczne (Dz.U. z 2008	przypadku o ot, wykorzyst bą wystawiaj r. Nr 45, poz	soby Wnioskodawcy ubiegająceg any do podania na recepcie, jal ąca receptę, zgodnie z art. 96a u: . 271, z późn. zm.)

Krok 2: Uprawnienia zawodowe Wnioskodawcy

W tym kroku prezentowane są aktualnie wprowadzone do systemu uprawnienia zawodowe wnioskodawcy oraz jego specjalności.

sa uuuanyen uprawmen	
. Rodzaj uprawnienia zawodowego	Lekarz
Prawo wykonywania zawodu - numer	2066352
. Prawo wykonywania zawodu - data uzyskania	2016-09-29
/5. Prawo wykonywania zawodu - organ wydający	55 Śląska Izba Lekarska w Katowicach
ista specjalności	
6/7. Zawód/Specjalność - kod/nazwa	Lekarz
8. Zawód/Specjalność - stopień specjalizacji	l st. specjalizacji
9. Zawód/Specjalność - data otwarcia/uzyskania specjalizacji	2016-10-30
Usuń uprawnienie Edytuj uprawnienie	

Po kliknięciu przycisku ^{Dodaj uprawnienie} zostaną wyświetlone pola pozwalające wprowadzenie danych uprawnienia takich jak: rodzaj uprawnienia zawodowego, numer prawa wykonywania zawodu, data uzyskania prawa wykonywania zawodu oraz kod i nazwę organu wydającego prawo wykonywania zawodu.

						3. Prawo wykonywania zawodu - data	uzyskania	
1. Rodzaj uprawnienia	zawodowego	* *	2. Prawo wy	ykonywania zawodu - numer	*	3. Prawo wykonywania zawoo	du - data uzyskani	ia *
4. Prawo wykonywania	zawodu - organ wy	dający - kod	*	5. Prawo wykonywania zawo	du - organ \	wydający - nazwa	•	Q
Dodaj specjalność *								
Zapisz uprawnienie 🔹	Anuluj							

Przycisk Dodaj specjalność pozwala na wprowadzenie specjalności. Po jego kliknięciu zostaną wyświetlone pola pozwalające wprowadzenie danych uprawnienia takich jak: kod i nazwa specjalności, stopień specjalizacji oraz datę otwarcia/uzyskania specjalizacji.

Zawody/Specjalności					
6. Kod 🔹	7. Nazwa			*	Q
8. Stopień specjalizacji	• v	9. Data otwarcia/uzyska	ania specjalizacji		
Zapisz specjalność *	Anuluj				
Po wprowadzeniu s	pecjalności należy ją zapisać klikają	c przycisk Zapisz	z specjalność		
Zapisaną specjalnoś Usuń specjalność	ć można edytować klikając przycisk	Edytuj specjulitose	lub usunąć klikając przycisl	ĸ	

W przypadku wyboru **Pielęgniarka** lub **Położna** w polu *Rodzaj uprawnienia zawodowego* dostępna stanie się część pozwalająca na określenie kompetencji oraz wykształcenia Wnioskodawcy. Pole *Kompetencje - data uzyskania* oraz pole *Kompetencje - numer zaświadczenia* dostępne staną się po wyborze kompetencji.

10/11. Kompetencje - kod/nazwa O 0368 - KURS SPECJALISTYCZM O 0369 - NABYCIE WIEDZY DOTY W RAMACH SZKOLENIA SPEC.	NY DOTYCZĄCY ORDYNAC (CZĄCEJ ORDYNACJI LEK) JALISTYCZNEGO, CO ZWIA	SJI LEKÓW I WYROBÓW MEDYCZNYCH ŚW I WYROBÓW MEDYCZNYCH W RAMACH ILNIA Z OBOWIĄZKU ODBYCIA KURSU SPEC	KSZTAŁCENIA W SZKOLE CJALISTYCZNEGO W TYM	: PIELĘGNIARSKIEJ LUB POŁOŻNYCH LUB ZAKRESIE	
 Brak kompetencji 0368 i 0369 12. Kompetencje - data uzys 	skania	13. Kompetencje - numer zaświad	czenia	14/15. Wykształcenie - kod/nazwa	* v
o wprowadzeniu	wszystkich w	ymaganych danych up	rawnienia nal	eży je zapisać klikając	przycisk

przycisk

Krok 3: Status wnioskodawcy

Usuń uprawnienie

W tym kroku należy określić status wnioskodawcy oraz, w zależności od statusu Wnioskodawcy, miejsca przechowywania dokumentacji medycznej lub/i rodzaj działalności.

II.1. Status Wnioskodawcy *	
Zmiana wcześniej usatwionego statusu usuwa dodane działalności.	
1. 🗍 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 familia)	
2. 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 familia)	
3. Wnioskodawca jest osobą wykonującą 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	
4. 🗐 Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą związaną z wykonywaniem działalności leczniczej	

Krok 4: Dane Dotyczące wykonywanej działalności leczniczej

 Wnioskodawca jest osobą, pr dla siebie, małżonka, wstępnych i z 2. W Wnioskodawca jest osobą, p refundowane dla siebie, małżonka, 3. Wnioskodawca jest osobą w 	osiadającą prawo wyko stępnych w linii prostej oosiadającą prawo wyk wstępnych i zstępnych ykonującą zawód lekar	nywania zawodu, która zaprzestała jeg j oraz rodzeństwa (recepty pro auctore conywania zawodu, która nie zaprzest w linii prostej oraz rodzeństwa (recept rza/lekarza dentysty/felczera/pielęgniai	o wykonywania i zamie i pro familia) ała jego wykonywania y pro auctore i pro fami ki/położnej na podstaw	erza korzystać z prawa do wysta i zamierza korzystać z prawa d ilia) vie umowy o pracę lub umowy	wiania recept refundowanyc o wystawiania recept na le cywilnoprawnej w podmioc
leczniczym, który nie zawarł z Fund	luszem umowy o udzieli	anie świadczeń opieki zdrowotnej			
4. 🖾 Wnioskodawca prowadzi dzia	lalność gospodarczą zw	viązaną z wykonywaniem działalności l	eczniczej		
Dodaj adres przechowywania doku	mentacji (dotyczy stat	tusu pro auctore i pro familia) *			
11 F MA					
II.5. Wykaz miejsc udzielania s	świadczeń i miejsc	przechowywania dokumentacji	medycznej		
II.5. Wykaz miejsc udzielania s	świadczeń i miejsc	przechowywania dokumentacji	medycznej		
II.5. Wykaz miejsc udzielania s Adres miejsca przechowywa	świadczeń i miejsc ania dokumentacji r	przechowywania dokumentacji medycznej	medycznej		
II.5. Wykaz miejsc udzielania s Adres miejsca przechowywa 18. Adres miejsca przechowywa	świadczeń i miejsc ania dokumentacji r nia dokumentacji medyc	przechowywania dokumentacji medycznej cznej tożsamy z adresem zamieszkania	medycznej Wnioskodawcy		
II.5. Wykaz miejsc udzielania s Adres miejsca przechowywa 18. Adres miejsca przechowywa Wybierz województwo	świadczeń i miejsc ania dokumentacji r nia dokumentacji medyc	przechowywania dokumentacji medycznej cznej tożsamy z adresem zamieszkania Wybierz powiat	medycznej Wnioskodawcy	Wybierz gminę	Y
II.5. Wykaz miejsc udzielania s Adres miejsca przechowywa 18. Adres miejsca przechowywar Wybierz województwo 19. Miejscowość	Świadczeń i miejsc ania dokumentacji r nia dokumentacji medyc V	przechowywania dokumentacji medycznej cznej tożsamy z adresem zamieszkania Wybierz powiat 21. Ulica	medycznej Wnioskodawcy	Wybierz gminę 22. Nr domu	23. Nr lokalu
II.5. Wykaz miejsc udzielania s Adres miejsca przechowywa 18. Adres miejsca przechowywar Wybierz województwo 19. Miejscowość	Świadczeń i miejsc ania dokumentacji r nia dokumentacji medyc V	przechowywania dokumentacji medycznej cznej tożsamy z adresem zamieszkania Wybierz powiat 21. Ulica	medycznej Wnioskodawcy	Wybierz gminę 22. Nr domu	23. Nr lokalu
II.5. Wykaz miejsc udzielania ś Adres miejsca przechowywa 18. Adres miejsca przechowywa Wybierz województwo 19. Miejscowość Dodaj adres przechowywania doj	świadczeń i miejsc ania dokumentacji r nia dokumentacji medyc volucie sumentacji medycznej	przechowywania dokumentacji medycznej cznej tożsamy z adresem zamieszkania Wybierz powiat 21. Ulica	medycznej Wnioskodawcy	Wybierz gminę 22. Nr domu	23. Nr lokalu

W przypadku wyboru opcji 1 lub 2 osoba uprawniona powinna uzupełnić adres przechowywania dokumentacji poprzez kliknięcie zaznaczonego przycisku. Jeżeli adres przechowywania dokumentacji jest taki sam jak adres zamieszkania, wystarczy zaznaczyć taką opcję – dane uzupełnią się zgodnie z podanym wcześniej adresem zamieszkania. Operację należy zakończyć zapisując dane działalności.

Wybierając opcję 3 lub 4 konieczne jest uzupełninie danych dotyczących prowadzonej działalności leczniczej poprzez kliknięcie "Dodaj działalność".

II. Dodatkowe dane dotyczące Wnioskodawcy
II.1. Status Wnioskodawcy •
1. 🗌 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 familia)
2. 🗌 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 familia)
3. 🗹 Wnioskodawca jest osobą wykonującą 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
4. 🗹 Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą związaną z wykonywaniem działalności leczniczej
Dodaj działalność *

Wszystkie wprowadzone dane muszą być zgodne ze stanem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

ona główna Ioguj	Wyszukiwanie Podmiotów Leczniczych
rejestruj /szukiwarki 🔹	W celu odnalezienia podmiotów, które zostały wykreślone, należy w wyszukiwarce zaawansowanej wyczyścić datę działania podmiotu.
/yszukiwarka Podmiotów I	eczniczych
/yszukiwarka w starym rej /yszukiwarka Praktyk Zaw	estrze ZOZ
/yszukiwarka Praktyk Zaw	odowych Pielęgniarek i Położnych
/yszukiwarka Praktyk Zaw	odowych Pielęgniarek i Położnych Wybierz organ REGON podmiotu leczniczego:
Ayszukiwarka Praktyk Zaw	odowych Pielęgniarek i Położnych Wybierz organ REGON podmiotu leczniczego: Nazwa podmiotu (pełna lub fragment)
/yszukiwarka Praktyk Zaw	Dodowych Pielęgniarek i Położnych Wybierz organ REGON podmiotu leczniczego: Nazwa podmiotu (pełna lub fragment) Nazwa zakładu leczniczego (pełna lub fragment)

Rejestr jest dostępny pod adresem : <u>https://rpwdl.csioz.gov.pl</u>

W przypadku wyboru opcji 3 należy wybrać w jakiej formie udzielane są świadczenia komercyjne w zakładzie/zakładach leczniczych. Następnie poprzez przycisk "dodaj miejsce" należy przejść do uzupełnienia wszystkich miejsc (zakładów), w których wybrana forma udzielania świadzceń jest wykonywana. Przykładowo: formą dzialności leczniczej jest indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego. Praktyka jest wykonywana w zakładzie "A"

"B". Jako dane rejestrowe dotyczącze wykonywanej działalności należy wpisać dane dotyczące działalności gospodarczej osoby uprawnionej. Natomiast w danych miejsca – dane dotyczące kolejno zakładu "A" i "B".

London - Ann an London Mail Anna -			*~
II.3. Dane rejestrowe dotyczące wykonywanej działalności	leczniczej		
1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko podmiotu wykonującego działa	Iność leczniczą		
2. Organ rejestrujący działalność leczniczą	* Q	3. Nr wpisu do rejestru działalności leczniczej	
 I.4. Dane rejestrowe dotyczące wykonywanej działalności 1. Forma organizacyjno-prawna działalności gospodarczej 	gospodarczej	2. Organ rejestrujący działalność gospodarczą	* 0

. Miejsce udzielania świadczeń	- nazwa		* 3. ld mi	ejsca udzielania ś	świadczeń - REGON	1		
. Id miejsca udzielania świadcze	ń - KR cz.VII		• 4. ld mi	ejsca udzielania ś	świadczeń - KR cz.V	411		* Q
Adres miejsca udzielania św	viadczeń/przyjmowa	ania wezwań						
Wybierz województwo	•	Wybierz powiat		۲	Wybierz gminę			۲
6. Miejscowość	 7. Kod por 	cztowy * 8. l	Ulica		9. Nr domu		10. Nr lokalu	
			0.000					
11. Telefon kontaktowy umer powinien mieć jeden z formató 7 89. Kolejne numery należy oddz rmacie: w. 1234"	w: +48 123 456 789 lub (zielić średniklem, Numer	(012)345 67 89 lub +48 wewnętrzny należy po	* 12 345 odać w					
11. Telefon kontaktowy turner powinien mieć jeden z formató 7. 89. Kolejne numery należy oddz ormacie: w. 1234" Adres miejsca przechowywa 2. Adres miejsca przechowywa	wv: +48 123 456 789 lub (ielić średnikiem, Numer ania dokumentacji medyc	(012)345 67 89 lub +48 wewnętrzny należy po nedycznej znej tożsamy z adreser	• 12 345 odać w	świadczeń/ adrese	em miejsca przyjmow	ania wezw	rań	
11. Telefon kontaktowy Jurner powinien mieć jeden z formatč 57. 89. Kolejne numery naležy oddz ormacie: w. 1234* Adres miejsca przechowywa 12. Adres miejsca przechowywa Wybierz województwo	w: +48 123 456 789 lub (delić średnikiem. Numer ania dokumentacji medyc	(012)345 67 89 lub +48 wewnętrzny należy po nedycznej znej tożsamy z adreser Wybierz powiat	• 12 345 jdač w m miejsca udzielania	świadczeń/ adreso	em miejsca przyjmow Wybierz gminę	ania wezw	rań	

W przypadku wyboru opcji 4 postąpić należy podobnie, przy czym dane dotyczące formy prowadzenia działalności i miejsca udzielania świadczeń/wystawiania recept, będą dotyczyć tej samej konkretnej praktyki. Jeżeli lekarz posiada więcej niż jedną praktykę, konieczne będzie dopisanie jej przez dodanie działalności w sekcji II.4.

W celu wypełnienia rubryki II.5 *Identyfikator miejsca udzielania świadczeń-kod resortowy (VII część, VIII część)* należy posłużyć się wpisem księgi rejestrowej zakładu (poradnia, w której lekarz udziela świadczeń zdrowotnych). **Uzupełnienie identyfikatora miejsca udzielania świadczeń-kod resortowy (VII część, VIII część) jest obowiązkowe dla osób uprawnionych zatrudnionych na umowę o pracę lub na umowę cywilnoprawną w podmiocie leczniczym, który nie zawarł z Funduszem umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.** Nie wypełniamy w przypadku wpisywania danych dotyczących Indywidualnej/Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej lub Indywidualnej/Indywidualnej Specjalistycznej Praktyki Lekarskiej wykonywanej w miejscu wezwania (pola VII część oraz VIII część pozostają puste).

W celu uzupełnienia numeru Regon, numeru KRS (jeżeli dotyczy) w danych rejestrowych dotyczących prowadzonej działalności gospodarczej wchodzimy na stronę wyszukiwarki właściwego rejestru.

W przypadku wpisu do CEIDG nie wypełnia się rubryki II.4. numer wpisu do rejestru działalności gospodarczej.

CEIDG - <u>https://prod.ceidq.qov.pl</u>-> rejestr przedsiębiorców

CEIDG CENTRALNA EWIDENCJA I INI O DZIAŁALNO ŚCI GOSPODAR	ORMACJA CZEJ			[Zaloguj] TERSTWO O PL EN DJU	
Arzeglądanie wpisów					
WY SZUKIWANIE Przeglądanie wpisów OPERACJE NA WPISIE Załóż działalność gospodarczą Zmień dane we wpisie Zawieś działalność gospodarczą Wznów działalność gospodarczą	WYSZUKIWANIE WPISÓW Uwaga ! Jeżeli nie ma Twojego wpisu w CEIDG, udaj się do Urzędu Gminy / Miasta, w którym rejestrowałeś firmę w celu aktualizacji danych. Image: Distribution of the state of				
Zakończ działalność gospodarczą	Kryteria wyszukiwania			Ukryj kryteria wyszukiwania 🔺	
Wizualizacja dokumentu XML	NIP		REGON		
> Instrukcja	NIP spółki cywilnej		REGON spółki cywilnej		
	Numer KRS		Nazwa firmy 🕕		
	Imię		Nazwisko		
	Województwo		Powiat		
	Miejscowość		Gmina		
	Ulica 🕕		Numer nieruchomości		
	Numer lokalu		Rodzaj działalności (kod PKD)		
	Uwzględnij wykreślone				
	Uwzględnij wymagające weryfikacji				

KRS - https://ems.ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu

R	KRAJOWY EJESTR SĄDOWY I GOSPODA	ADOWY MOJE KONTO KORESPONDENCJ. RCZY	A
rukaj Podmiot	Wyszukiwani	e Podmiotu	
ıkaj Dłużnika	Rejestry		
fikuj Wydruk	Przedsiębi	iorcy	707
	Numer KRS:	? Województwo:	
	NIP:	Powiat:	
	NIP: REGON:	? Powiat: ? Gmina:	
	NIP: REGON: Nazwa:	 ? Powiat: ? Gmina: ? Miejscowość: 	
	NIP: REGON: Nazwa: Wpisy dot. p	 ? Powiat: ? Gmina: ? Miejscowość: postępowania upadłościowego Organizacja Po 	vżytku Publicznego

Każdy wniosek niezależnie od wybranej opcji musi zostać zakończony złożeniem poniższych oświadczeń.

Oświadczenia

Swiadczam, że przedstawione we wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania unikalnych numerów identyfikujących recepty są kompletne, poprawne i zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Swiadczam, ze 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 Narodowego Funduszu Zdrowia w ciągu 14 dni od dnia zaistnienia zmiany.

🗌 Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundusz, w celach związanych z wykonywaniem czynności Użytkownika Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia.

Opolski 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.

Po wypełnieniu wniosku należy oznaczyć puste pola w części **Oświadczenia** oraz przekazać wniosek do rozpatrzenia przez OW klikając przycisk Zatwierdź wniosek .

Krok 5: Podsumowanie

W ostatnim kroku zostanie wyświetlone podsumowanie.

-	C+1 +			• •			• •		0111
$D \cap$	714/01/11/01/12/01/12	nonrownocci	MUNDOINIONIO	WINIOCKI	n 1071/	nrzovazac	WDIACAK d	o roznatrzonia	nr707 ()\//
FU		DUDIAWIIUSU	www.ciiiiciiia	WINUSKU	IIdiczv			10 1020ati 2011a	

klikając przycisk	Zatwierdź i przekaż	. Po przekazaniu wniosku wyświetlone zostanie okno z	informacją o tym
oraz odnośnikiem	n do okna pozwa	alającego na przekazanie dokumentów potwierdzających	uprawnienia.

Popra	wnie dodano wniosek	×
Aby form	przekazać skany dokumentów potwierdzających uprawnienie należy przejść do ularza: • Formularz do przekazywania skanów dokumentów potwierdzających uprawnienie	
	Zamknij	

Przekazanie skanów dokumentów umożliwia strona dostępna po kliknięciu Formularz do przekazywania skanów dokumentów potwierdzających uprawnienia.

Możliwe jest przesłanie załączników do 20 plików w dowolnym formacie o maksymalnej wielkości 10 MB każdy.



Po wgraniu wszystkich załączników

Podpisz wniosek Profilem Zaufanym:

Podpisz Profilem Zaufanym

Pobierz plik i podpisz go certyfikatem kwalifikowanym. Następnie wgraj plik korzystając z poniższego formularza:

Pobierz plik do podpisu certyfikatem kwalifikowanym Formularz przesyłania pliku podpisanego certyfikatem kwalifikowanym

Wydrukuj wniosek, podpisz go i zanieś do OW:

Pobierz plik do podpisu w wersji papierowej