Przydział numerów recept refundowanych wystawianych w ramach usług komercyjnych świadczonych przez osoby uprawnione Instrukcja dla lekarzy, którzy <u>NIE POSIADAJĄ DOSTĘPU DO PORTALU</u>

PERSONELU (możliwość pobierana numerów recept przez internet)

- 1. Należy wejść na stronę Śląskiego OW NFZ: www.nfz-katowice.pl
- 2. W menu DLA ŚWIADCZENIODAWCY należy wybrać zakładkę LEKARZE I RECEPTY a następnie PORTAL PERSONELU LOGOWANIE :

NVZ Lekarze i recepty - NFZ K X		n n :	· · ··································	- con . Togetoon	Ê		
← → C i www.nfz-katowice.pl/news/11/dla-swiad	dczeniodawcy/lekarze-i-recept	y				☆ :	
🗰 Aplikacje 🏾 🖸 Sugerowane witryny 🛛 Importowane z IE							
NFZ Narodowy Fundusz Zdrowi Śląski Oddział Wojewódzki w Katowica	a ^{ch}		A A A+	٨++ ٤	BI	PQ	•
Dla pacjenta	Dla świadczeniodawcy	Leki 75+	Gdzie się leczyć	Na ratunek	O nas	Kontakt	
Dla świadczeniod Strona główna → Dla świadczeniodawcy → Lekarze i recep	lawcy						
Aktualności dla świadczeniodawców	Lekarze i rece	epty			Dr	ukuj 🖶	
Kontraktowanie 2017 Kontraktowanie 2016 Komunikaty dla świadczeniodawców	Porta	ıl Personelu	- logowanie				
Portal świadczeniodawcy - informacje Portal świadczeniodawcy -	Akty prawne Dystrybucja zakres	sów numeróv	v recept				-

3. Kliknąć link: wniosek o dostęp do portalu

orta	l Persone	lu _{PS-1}		
ogowai	nie			
12	Kod personelu. Uzytkownik. Hasio:	Kod personelu Hasto	(pole wymagane dla użytkowników dodatkowych)	
	Załogowanie do Portalu Pe postanowieniami Ustawy z	rsonelu oznacza zobowiązanie do p dnia 29 08 1997 r. o ochronie dany Zaloguj	przestrzegania przepisów przy przetwarzaniu danych osobowych, zgodnie z ch osobowych (Dz. U. 2002 r. nr 101, poz. 926, ze zm.)	t
	Dodatkowe operacje: Pomoc Zapomniałem hasła Resetowanie hasła Wniosek o dostęp do por	talu		

4. Następnie należy zapoznać się z zasadami wypełniania wniosku o dostęp do Portalu NFZ oraz z regulaminem korzystania z portalu.



i potwierdzić ten fakt zaznaczając wskazane okienko. Następnie należy wybrać wniosek o uzyskanie dostępu do portalu personelu oraz uzyskania uprawnienia do pobierania numerów recept.



Poniżej pojawią się wtedy rubryki wniosku, które należy wypełnić zgodnie ze stanem faktycznym.

UWAGA:

We wniosku wszystkie pola oznaczone gwiazdką są wymagane i nie mogą zostać puste.

Wszystkie pola, które z prawej strony posiadają strzałkę wymagają uzupełnienia poprzez wybór z dostępnej listy opcji.

W przypadku uzupełniania nazw ulic często jest konieczne wyszukanie po początkowych literach imienia a nie nazwiska. Przykładowo ul. Chopina nie zostanie wyszukana po wpisaniu liter "cho" ale po wpisaniu "fry" (ul. Fryderyka Chopina).

Szczegółowa instrukcja odnośnie tego jakie dane mają się znaleźć w odpowiednim polu jest umieszczona w instrukcji – link powyżej zasad wypełniania wniosku.



WNIOSEK O DOSTĘP DO PORTALU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

1. Dane poustawowe v/niosko	uawcy				
1. Imię pierwsze	• 1. Imię drugie		2. Nazwisko		
dzaj identyfikacji 🔶 🔷 🔿 PESEL	L O Dokument w przypadku br	aku numeru PESEL			
Adres zamieszkania					
Wybierz województwo	₩ W	ybierz powiat		Wybierz gminę	۲
10. Miejscowość	11. Kod pocztow	y 🔸 12. Ulica		13. Nr domu • 14	4. Nr lokalu
Adres korespondencyjny					
Adres korespondencyjny Adres korespondecyjny taki sam ja Wybierz województwo	ak adres zamleszkania	ybierz powiat		Wybierz gmine	V
Adres korespondencyjny Adres korespondecyjny taki sam ja Wybierz województwo 15. Miejscowość	ak adres zamleszkania Wi 16. Kod pocztow	ybierz powiat y • 17. Ulica	•	Wybierz gminę 18. Nr domu 🔶 19	P. Nr lokalu
Adres korespondencyjny Adres korespondecyjny taki sam ja Wybierz województwo 15. Miejscowość 20. Adres email	ak adree zamleezkania Wi 18. Kod pocztow	ybierz powiat y • 17. Ulica	21. Numer telefonu	Wybierz gminę 18. Nr domu 🔹 19	P. Nr lokalu
Adres korespondencyjny Adres korespondecyjny taki sam ja Wybierz województwo 15. Miejscowość 20. Adres email danie adresu mallowego umożliwi Wr rsonelu.	ak adree zamieszkania	ybierz powiat y • 17. Ulica nanę hasła w Portału	21. Numer telefonu Należy wpisać numer telefonu, slę o uprawnienie do pobierar numer telefonu do bezpośredr ust. 1 pkt 3) lit d) Ustawy farma	Wybierz gminę 18. Nr domu 18. Nr domu 18. Nr domu In start start In start start In start start In start start <t< td=""><td>P. Nr lokalu //nloskodawcy ublegając podania na recepcie, receptę, zgodnie z art. 271, z późn. zm.)</td></t<>	P. Nr lokalu //nloskodawcy ublegając podania na recepcie, receptę, zgodnie z art. 271, z późn. zm.)

5. W pierwszej kolejności osoba uprawniona uzupełnia osobiste dane kontaktowe.

Następnie należy uzupełnić dane dotyczące uprawnienia, czyli prawa wykonywania zawodu:

Krok 1

1.2	. Uprawnienia zawodowe Wnioskodawcy • Dodaj uprawnienie •
L	Lista dodanych uprawnień

Krok 2

Zaznaczenie obu pozycji w sekcji "Oświadczenia" jest obowiązkowe. Lekarze posiadający więcej niż jedną specjalność mogą je dopisywać przez wielokrotne użycie opcji "dodaj specjalność". Wpisywane tu dane muszą być zgodne z wpisami w dokumencie prawo wykonywania zawodu.

			3. Prawo wykonywania zawo	on - osis uzyskaują
Prawo wykonywania zawodu - organ wydający - kod 5. Prawo wykonywania zawodu - organ wydający - nazwa c Odaj specjalność • NALEŻY PODAĆ DATĘ UZYSKANIA AKTUALNEGO DOKUMENTU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU - DATA ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE Z FOTOGRAFIĄ OBOK NUMERU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU c Lista dodanych uprawnień	 Rodzaj uprawnienia zawodowego 	∘ *⊻	2. Prawo wykonywania zawodu - numer * 3. Prawo wykonywani	a zawodu - data uzyskania
Dodaj specjalność • NALEŻY PODAĆ DATĘ UZYSKANIA AKTUALNEGO DOKUMENTU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU - DATA ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE Z FOTOGRAFIĄ OBOK NUMERU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU Lista dodanych uprawnień Ista dodanych uprawnień	I. Prawo wykonywania zawodu - orę	gan wydający - koo	d • 5. Prawo wykonywania zawodu - organ wydający - nazwa	* (
tapisz uprawnień Lista dodanych uprawnień tiadczenia	odaj specjalność *	NALEŻY	PODAĆ DATE UZYSKANIA AKTUALNEGO DOKUMENT	U PRAWA
Iapisz uprawnienie • OBOK NUMERU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU Lista dodanych uprawnień Iapisz uprawnień riadczenia Iapisz uprawnień		WYKONY	WANIA ZAWODU - DATA ZNAJDUJE SIĘ NA STRONIE	Z FOTOGRAFIĄ
Lista dodanych uprawnień	Ľapisz uprawnienie ∗	OBOK N	UMERU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	
Lista dodanych uprawnień				
iadczenia				
iadczenia	Lista dodanych uprawnień			
riadczenia	Lista dodanych uprawnień			
viadczenia	Lista dodanych uprawnień			
	Lista dodanych uprawnień			
	Lista dodanych uprawnień riadczenia	sku o dostan do Dost	talu NEZ dano sa kompletno, nonzauna i zgodno z aktualnum stanom nzaunum i fakturanum	
mauzani, ze przeusiawione we wniosku o uosięp uo Portaiu wrz. uane są kompienie, poprawne i zgoune z aktuannym stanem prawnym i raktycznym.	Lista dodanych uprawnień /iadczenia wiadczam, że przedstawione we wnios	sku o dostęp do Port	talu NFZ dane są kompletne, poprawne i zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym	
mauczani, ze przeustawione we wniosku o uostęp uo Portalu NFZ uane są kompletne, poprawne i zgoune z aktualnym staniem prawnym raktycznym. rażam zgodę na przetwarzanie przez Fundusz molch danych osobowych, w celach związanych z wykonywaniem czynności Użytkownika Portalu NFZ.	Lista dodanych uprawnień /iadczenia wiadczam, że przedstawione we wnios rażam zgodę na przetwarzanie przez F	sku o dostęp do Port Fundusz moich dany	talu NFZ dane są kompletne, poprawne i zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznyπ rch osobowych, w celach związanych z wykonywaniem czynności Użytkownika Portalu NFZ	

6. Kolejny krok dotyczy wyboru statusu wnioskodawcy, czyli formy korzystania z uprawnień. Osoba uprawniona wybiera te opcje , które jej dotyczą:

1 – dotyczy lekarzy/felczerów <u>seniorów, którzy zaprzestali wykonywania działalności leczniczej</u> i zamierzają wystawiać recepty dla siebie i dla rodziny

2 – dotyczy osób uprawnionych, które nie zaprzestały wykonywania działalności leczniczej i zamierzają wystawiać recepty dla siebie i dla rodziny

3 - dotyczy osób uprawnionych, które zamierzają wystawiać recepty refundowane w ramach usług komercyjnych świadczonych przez zakłady lecznicze

4 – dotyczy osób uprawnionych, które zamierzają wystawiać recepty refundowane w ramach usług komercyjnych świadczonych w praktyce lekarskiej oraz posiadają własne zakłady lecznicze

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
Lista dodanych działalności

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.

dla siebie, małżonka, wstępnych i	siadającą prawo wykonywania zaw stępnych w linii prostej oraz rodzeń	vodu, która zaprzestała jego ístwa (recepty pro auctore i p	wykonywania i zamierz pro familia)	a korzystać z prawa do wysta	wiania recept refundowan
2. Wnioskodawca jest osobą, refundowane dla siebie, małżonka	osiadającą prawo wykonywania za wstępnych i zstępnych w linii proste	awodu, która nie zaprzestała iej oraz rodzeństwa (recepty j	i jego wykonywania i : pro auctore i pro familia	zamierza korzystać z prawa d a)	lo wystawiania recept na
3. Wnioskodawca jest osobą v leczniczym który nie zawarł z Eun	ykonującą zawód lekarza/lekarza d	lentysty/felczera/pielęgniarki zeń opieki zdrowotnej	położnej na podstawie	e umowy o pracę lub umowy	cywilnoprawnej w podmio
4. Wnioskodawca prowadzi dzia	alność gospodarczą związaną z wył	konywaniem działalności lec	zniczej		
odai adres przechowywania dok	mentacii (dotvczy statusu pro au	ctore i pro familia) *			
, , ,	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	7			
I.5. Wykaz miejsc udzielania	wiadczeń i miejsc przechowy	ywania dokumentacji m	iedycznej		
I.5. Wykaz miejsc udzielania	wiadczeń i miejsc przechowy	ywania dokumentacji m	edycznej		
.5. Wykaz miejsc udzielania Adres miejsca przechowyw	wiadczeń i miejsc przechowy nia dokumentacji medycznej	ywania dokumentacji m	edycznej		
1.5. Wykaz miejsc udzielania Adres miejsca przechowyw	iwiadczeń i miejsc przechowy Inia dokumentacji medycznej	ywania dokumentacji m j	nedycznej		
 1.5. Wykaz miejsc udzielania Adres miejsca przechowyw 18. Adres miejsca przechowywa 	wiadczeń i miejsc przechowy inia dokumentacji medycznej ia dokumentacji medycznej tożsam	ywania dokumentacji m j 1y z adresem zamieszkania W	iedycznej nioskodawcy		
 .5. Wykaz miejsc udzielania Adres miejsca przechowyw 18. Adres miejsca przechowywa Wybierz województwo 	iwiadczeń i miejsc przechow Inia dokumentacji medycznej IIa dokumentacji medycznej tożsam Wybier	ywania dokumentacji m j ny z adresem zamieszkania W rz powiat	nioskodawcy	Wybierz gminę	V
 .5. Wykaz miejsc udzielania Adres miejsca przechowyw 18. Adres miejsca przechowywa Wybierz województwo 19. Miejscowość 	iwiadczeń i miejsc przechow inia dokumentacji medycznej ia dokumentacji medycznej tożsam Vybier	ywania dokumentacji m j ny z adresem zamieszkania W rz powiat 21. Lilica	nioskodawcy	Wybierz gminę 22. Nr.domu	23. Nr. lokalu

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

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

I rpwdl.csioz.gov.pl/?Asp	xAutoDetectCookieSupport=1		C Q Szukaj	2		ñ =
>	Centrum Systemic Informacybroth	RPWDL Rejestr Podmiotów Wyko	nujących Działalność Leczniczą	EZOROWIE P2	•	_
		zym jest RPWDL? ajstr Podmiotów Wykonujących Działalność odmiotach mających zezwolenie na prowadz gan rejestrowy, zgodnie z ustawę z dnie 15	Laczniczą zwany w skrócle RPWDL zawiera informacje o wsz enie działalności leczniczej. Prowadzony jest przez właściwy r kwietnie 2011 o dziełalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 6	ystikich niejscowo 64).		
	Strona główna					
	Strona główna	Aktualności				
	Zaloguj					
	Zərejestruj Wyszukiwərki -	 Uwaga Szanowni Państwo, Usorolmia informularnu tre 	· ··· dniu 2016-09-01 mogą wystąpić cząsowe opó:	źnienia w		
	Wyszukiwarka Podmiotów L	eczniczych	poszeń (w szczególności w zakresie kontaktu tel	efonicznego		
	Wyszukiwarka w starym rejes	strze ZOZ	simy o przesyłanie zgłoszeń drogą mailową na a	dres:		
	Wyszukiwarka Praktyk Zawoo	dowych Lekarzy i Lekarzy Dentystów	ze strony Infolinii nastąpi w dniu 2016-09-02 od	J godziny		
		dowych Pielegniarek i Położnych				
	Wyszukiwarka Praktyk Zawoo					
	Wyszukiwarka Praktyk Zawoo		rudnienia.	manu (2016-08-31)		

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

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 •

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

I.2. Dane dotyczące wykonywanej działalności leczniczej			
1/2. Forma działalności leczniczej - kod/nazwa			*~
II 2. Dana rajactrawa datuczaca wakanywanaj działalnaści locznie	70		
	Zej		
1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko podmiotu wykonującego działalność le	czniczą		
2. Organ rejestrujący działalność leczniczą	* Q	3. Nr wpisu do rejestru działalności leczniczej	
I.4. Dane rejestrowe dotyczące wykonywanej działalności gospoc	darczej		
1. Forma organizacyjno-prawna działalności gospodarczej	*	2. Organ rejestrujący działalność gospodarczą	* C
3. Nr wpisu do rejestru działalności gospodarczej * 4. NIP		\$ 5. REGON	
odaj miejsce *			

Miejsce udzielania świadczeń -	nazwa	* 3.	Id miejsca udzielania	świadczeń - REGON	
Id miejsca udzielania świadczer	ń - KR cz.VII	* 4.	Id miejsca udzielania	świadczeń - KR cz.VIII	*
Adres miejsca udzielania św	iadczeń/przyjmowan	ia wezwań			
Wybierz województwo	•	Wybierz powiat	•	Wybierz gminę	*
6. Miejscowość	 7. Kod pocz 	towy * 8. Ulica		9. Nr domu 🔹 10. I	Nr lokalu
6. Miejscowość 11. Telefon kontaktowy umer powinien mieć jeden z formatów 7 89. Kolejne numery należy oddzi mracie: w. 1234"	 7. Kod poczt w: +43 123 456 789 lub (01 elić średnikiem. Numer w 	towy 8. Ulica 12)345 67 89 lub +48 12 345 rewnętrzny należy podać w		9. Nr domu 10. 1	Yr lokalu
6. Miejscowość 11. Telefon kontaktowy umer powinien mieć jeden z formatów 7. 98. Kolejne numery należy oddzi umacie: w. 1234" Adres miejsca przechowywa Wybierz województwo	7. Kod poczi 7. Kod poczi v: +48 123 456 789 lub (01 eliś średnikiem. Numer w nia dokumentacji me ia dokumentacji medyczn	towy	elania świadczeń/ adres 👻	9. Nr domu • 10. I	Nr lokalu

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 dodanie jej przez dodanie działalności w sekcji II.4

W celu uzupełnienia **numeru rejestru działalności gospodarczej** wchodzimy na stronę *wyszukiwarki właściwego rejestru*

CEIDG - <u>https://prod.ceidg.gov.pl</u> -> rejestr przedsiębiorców

Przeglądanie wpisów		
WYSZUKIWANIE > Przeglądanie wpisów	WYSZUKIWANIE WPISÓW	
OPERACJE NA WPISIE Załóż działalność gospodarczą Zmień dane we wpisie Zawieś działalność gospodarczą Wznów działalność nospodarczą	Uwaga 1 Jeżeli nie ma Twojeg firmę w celu aktualizacji danych Jeżeli wpis został opublikowan Gminy / Miasta lub złożyć wnios Aby wyszukać wpis wystarcc	o wpisu w CEIDG, udaj się do Urzędu Gminy / Miasta, w którym re y i chcesz go poprawić możesz udać się w tym celu do najbliższ ek o zmianę online. zy wskazać tylko jedno z kryteriów (wypełnić jedno pole).
 Zakończ działalność gospodarczą 	Kruteria wyszukiwania	Ukryj kryteria wys
INNE Vizualizacja dokumentu XML	NIP	REGON
	NIP spółki cywilnej Numer KRS	REGON spółki cywilnej Nazwa firmy ()
	Imię	Nazwisko
	Województwo	Powiat
	Miejscowość	Gmina Numer nieruchomości

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

START	KRAJOWY REJESTR SĄDOWY	MONITOR SĄDOWY I GOSPODARCZY	MOJE KONTO	KORESPONDENCJA		
szukaj Podmiot	Wı	jszukiwanie Podm	iotu			
szukaj Dłużnika	Re	jestry				13987
yfikuj Wydruk		Przedsiębiorcy				
	[Stowarzyszenia, in	ne organizacje społ.	i zawodowe, fundacje, ZOZ		2))]]
	Nu	mer KRS:		? Województwo:		
	NII	P:		? Powiat:		
	RE	GON:		? Gmina:		
	Na	zwa:		? Miejscowość:	1/2 5-411	
	(Wpisy dot. postępowa	nia upadłościowego	🗌 Organizacja Pożytku I	Publicznego	
		+	-			
		$\sim \sqrt{n}$	190	💪 Kod z obrazka:	2	

7. Każdy wniosek niezależnie od wybranej opcji musi zostać zakończony złożeniem poniższych oświadczeń. Następnie należy wniosek zatwierdzić.

Oświadczenia
 Oświadczam, że przedstawione we wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania unikalnych numerów identyfikujących recepty są kompletne, poprawne i zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym. Oświadczam, 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. Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia 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.
Zatwierdź wniosek

- 8. Po zatwierdzeniu wniosku należy kliknąć DRUKUJ a po wydrukowaniu PRZEKAŻ WNIOSEK.
- 9. Wydrukowany formularz dostarczyć osobiście do:

siedziby Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego, ul. Kossutha 13, 40-844 Katowice

lub delegatury:

- ul. Karpacka 24, 43-300 Bielsko-Biała
- ul. Czartoryskiego 28, 42-200 Częstochowa
- ul. 3 Maja 29, 44-200 Rybnik

UWAGA:

Należy zabrać ze sobą:

- dowód osobisty lub inny dokument tożsamości ze zdjęciem
- oryginał (książeczkę) Prawa Wykonywania Zawodu
- kopię dokumentów potwierdzających specjalizację
- pieczątkę imienną lekarską