

WNIOSEK O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

Nazwa właściwego Oddziału Funduszu:

ZASADY WYPEŁNIANIA WNIOSKU O UZYSKANIE UPRAWNIENIE 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 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 wypełnieniu wniosku o uzyskanie 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.

CZĘŚĆ I. DANE REJESTROWE WNIOSKODAWCY

I.1. Dane podstawowe Wnioskodawcy		
1	Imię/Imiona *	
2	Nazwisko*	
3	Nr PESEL *	
4	Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości i kraj wydania dokumentu tożsamości*	
5	Adres zamieszkania - miejscowość*	
6	Adres zamieszkania - Kod pocztowy*	
7	Adres zamieszkania – ulica	
8	Adres zamieszkania - numer domu*	
9	Adres zamieszkania - numer lokalu	
10	Adres do korespondencji - miejscowość*	
11	Adres do korespondencji - Kod pocztowy*	
12	Adres do korespondencji - ulica	
13	Adres do korespondencji – numer domu*	
14	Adres do korespondencji – numer lokalu	
15	Adres e-mail	
I.2. Uprawnienia zawodowe Wnioskodawcy		
1	Rodzaj uprawnienia zawodowego*	
2	Prawo wykonywania zawodu - numer*	
3	Prawo wykonywania zawodu – data wydania*	
4	Prawo wykonywania zawodu – organ wydający*	
5	Specjalizacja – rodzaj	
6	Specjalizacja – stopień	
7	Specjalizacja - data uzyskania	
8	Kurs specjalistyczny dot. wystawiania recept (dotyczy pielęgniarek i położnych) - numer zaświadczenia*	
9	Ukończenie wyższych studiów pielęgniarskich	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> I stopnia <input type="checkbox"/> II stopnia
10	Numer telefonu kontaktowego*	

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, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (recepty pro auctore i pro familia)
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, wstępnych i zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa (recepty pro auctore i pro familia)
3	<input type="checkbox"/>	Wnioskodawca jest osobą wykonującą zawód lekarza/felczera/pielęgniarki/położnej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej w podmiocie leczniczym, który nie zawarł z Funduszem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
4	<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 - nazwa*
3		Nr wpisu do rejestru działalności leczniczej*
II.4. Dane rejestrowe dotyczące prowadzonej działalności gospodarczej		
		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*	
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:

- ⁵ 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*.
- ⁵ 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 roku Kodeks karny.
- ⁵ Zobowiązuję się do aktualizacji informacji rejestrowanych w Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia w ciągu 14 dni od dnia zaistnienia zmiany*.
- ⁵ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundusz, w celach związanych z wykonywaniem czynności Użytkownika Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia*.

..... Oddział Wojewódzki NFZ oświadcza, że dane osobowe podane przez Wnioskodawcę we wniosku o nadanie uprawnień 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

Wydział/Dział

ul. nr

.....

kod pocztowy:.....

Miejscowość.....

Miejscowość i data

Podpis i pieczęć wnioskodawcy

.....

.....

* dane oznaczone gwiazdką (*) są wymagane