**INSTRUKCJA WYPEŁNIANIA WNIOSKU O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT**

**I. DANE REJESTROWE WNIOSKODAWCY –** *Dane rejestrowe niezbędne do uzyskania konta dostępu do Portalu NFZ przez pracowników medycznych*

**I.1. Dane podstawowe Wnioskodawcy -** *dane oznaczone gwiazdką (\*) są wymagane*

1. **Imię/imiona\*** - *imię Wnioskodawcy; w przypadku posiadania dwóch imion należy podać oba imiona*
2. **Nazwisko\*** – *Nazwisko Wnioskodawcy*
3. **Numer PESEL\*** – *osobisty, 11 cyfrowy numer identyfikacyjny PESEL Wnioskodawcy*
4. **Rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości**\* - *rodzaj, seria i numer dowodu osobistego albo paszportu, w przypadku braku numeru PESEL*
5. **Adres zamieszkania – miejscowość\*** *– miejscowość, w której zamieszkuje Wnioskodawca, do wyboru z udostępnionej listy*
6. **Adres zamieszkania - kod pocztowy\*** – *kod pocztowy miejscowości, w której zamieszkuje Wnioskodawca*
7. **Adres zamieszkania – ulica** – *ulica, przy której zamieszkuje Wnioskodawca*
8. **Adres zamieszkania - numer domu\*** – *numer domu, w którym zamieszkuje Wnioskodawca*
9. **Adres zamieszkania - numer lokalu** - *numer lokalu, w którym zamieszkuje Wnioskodawca*

**10-14**. **Adres do korespondencji** - *dane dot. adresu do korespondencji należy wypełnić, jeśli są inne niż adres zamieszkania; jeśli adres do korespondencji* *jest taki sam jak adres zamieszkania, należy wpisać „jak wyżej”;*

**15**. **Adres e-mail** - *adres poczty elektronicznej Wnioskodawcy, jeżeli dotyczy.*

**I.2. Uprawnienia zawodowe** *– jeśli wnioskodawca ma więcej niż jedno uprawnienie zawodowe, należy je wszystkie wymienić;*

1. **Rodzaj uprawnienia zawodowego\*** - *należy wpisać właściwą odpowiedź z następujących:* *lekarza, lekarz dentysta, felczer, starszy felczer, pielęgniarka, położna.*
2. **Prawo wykonywania zawodu – numer\*** – *numer prawa wykonywania zawodu nadawany przez właściwy organ;*
3. **Prawo wykonywania zawodu – data wydania\*** – *data wydania* *prawa wykonywania zawodu*
4. **Prawo wykonywania zawodu – organ wydający\*** – *organ wydający prawo wykonywania zawodu;*
5. **Specjalizacja – rodzaj specjalizacji –** *należy wpisać właściwą nazwę specjalizacji, jeśli dotyczy;*
6. **Specjalizacja – stopień specjalizacji –** *w przypadku specjalizacji lekarskich**należy wpisać właściwą opcję z następujących możliwych:* *bez specjalizacji, specjalista, 1 st. specjalizacji, w trakcie specjalizacji, jeśli dotyczy,.*
7. **Specjalizacja – data uzyskania –** *należy podać datę uzyskania specjalizacji, jeżeli dotyczy.*
8. **Kurs specjalistyczny dot. wystawiania recept - numer zaświadczenia***\** - *dotyczy pielęgniarek i położnych, które ukończyły kurs specjalistyczny,* *umożliwiający ordynację przez pielęgniarki i położne, określonych leków i wyrobów medycznych.*
9. **Ukończenie studiów wyższych pielęgniarskich –** *dotyczy pielęgniarek i położnych, które ukończyły wyższe studia pielęgniarskie; należy zaznaczyć właściwe opcje;*
10. **Numer telefonu kontaktowego\*** – *numer telefonu kontaktowego Wnioskodawcy*

**II. DODATKOWE DANE DOTYCZĄCE WNIOSKODAWCY -** *wymagana do wypełnienia przez Wnioskodawców, ubiegających się o nadanie uprawnień do pobierania numerów recept.*

**II.1. Status Wnioskodawcy\****- należy zaznaczyć właściwe opcje z podanych.*

**II.2. Dane dotyczące wykonywanej działalności leczniczej** *– dotyczy Wnioskodawców wykonujących działalność leczniczą oraz Wnioskodawców wykonujących 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, 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,*

**II. 2.1-2.2 Forma działalności leczniczej - kod i nazwa –** *należy podać właściwy kod i nazwę właściwej formy działalności leczniczej, o których mowa w art. 5 ustawy z dn.15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2015.618) – należy wybrać właściwą pozycję ze słownika form działalności leczniczej1(kol 3 i 4), załączonego do niniejszej Instrukcji.*

**II.3. Dane rejestrowe dotyczące wykonywanej działalności leczniczej**

1. **Nazwa firmy –** *nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko podmiotu leczniczego, 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 dentysty lub nazwę okręgowej izby pielęgniarek i położnych właściwej dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej pielęgniarki/położnej;*
3. **Nr wpisu do rejestru działalności leczniczej** – *numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.*

**II.4.****Dane rejestrowe dotyczące prowadzonej działalności gospodarczej***- Ta sekcja danych dotyczy Wnioskodawców, którzy prowadzą działalność gospodarczą związaną z wykonywaniem działalności leczniczej, czyli przy wyborze opcji 4 w pkt II.1;*

1. **Forma organizacyjno-prawna działalności gospodarczej -** *należy podać właściwy kod i nazwę formy organizacyjno-prawnej działalności gospodarczej wybraną ze słownika form organizacyjno-prawnych działalności gospodarczej2 (kol 5 i 6);*
2. **Organ rejestrujący działalność gospodarczą** – *nazwa 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** – *wymagany w przypadku wpisu w KRS*, *nie wymagany w przypadku wpisu w CEIDG;*
4. **NIP –** *Numer Identyfikacji Podatkowej, wymagany w przypadku podmiotów leczniczych*
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 podać 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/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***.* **Symbol formy działalności leczniczej** *- kod z kol 3 słownika form działalności leczniczej1;*

**2. Nazwa miejsca udzielania świadczeń** – *nazwa miejsca udzielania świadczeń zgłoszona w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przypadku podmiotów leczniczych; w przypadku indywidualnych praktyk zawodowych – nazwa praktyki zawodowej wskazana w rejestrze praktyk zawodowych;*

**3. Identyfikator miejsce udzielania świadczeń – Numer REGON -** *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/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 –** *numer identyfikacyjny**miejsca udzielania świadczenia, dodatkowo (oprócz numeru REGON) wymagana w przypadku podmiotów leczniczych; jest to część VII i VIII resortowego kodu identyfikacyjnego, które są nadawane na podstawie informacji zawartych we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, zgodnego z wpisem do Rejestru Podmiotu Wykonującego Działalność Leczniczą (RPWDL), jeśli dotyczy.*

**5-11. Adres miejsca udzielania świadczeń –** *dane adresowe miejsca udzielania świadczeń, w przypadku indywidualnych praktyk zawodowych wykonujących świadczenia zdrowotne wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem i Wnioskodawców wykonujących 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, należy wpisać adres miejsca udzielania świadczeń wchodzące w struktury tego podmiotu.*

**12-23: Danedotyczące miejsc przechowywania dokumentacji medycznej**

**12-18:** w *przypadku, gdy adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej jest tożsamy z adresem miejsca udzielania świadczeń należy zaznaczyć opcję „TAK”;*

**19-23:** *w przypadku Wnioskodawców wystawiających wyłącznie recepty pro auctore i pro familia i praktyk zawodowych działających wyłącznie w miejscu wezwania, gdy adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej jest tożsamy z adresem zamieszkania, należy zaznaczyć opcję „TAK”.*

**Załącznik - Słownik form działalności leczniczej i form organizacyjno -prawnych działalności gospodarczej**