

WNIOSEK O UZYSKANIE UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

Nazwa właściwego Oddziału Funduszu: Pomorski Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia

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"/> | <i>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)</i> |
| 2 | <input type="checkbox"/> | <i>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)</i> |
| 3 | <input type="checkbox"/> | <i>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</i> |
| 4 | <input type="checkbox"/> | <i>Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą związaną z wykonywaniem działalności leczniczej</i> |
| 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:

- 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, 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.
- 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*.

Pomorski 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

Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ

Wydział Gospodarki Lekami

ul. Podwale Staromiejskie nr 69,

piętro 3, pokój 304

kod pocztowy: 80-844

Miejscowość: Gdańsk

Miejscowość i data

Podpis i pieczęć wnioskodawcy

.....

.....

* dane oznaczone gwiazdką (*) są wymagane