

Nowy wniosek o rejestrację indywidualnej praktyki pielęgniarek i położnych

Aby utworzyć nowy wniosek o rejestrację indywidualnej praktyki pielęgniarek i położnych należy z menu „**Wnioski**” wybrać zakładkę „**Utwórz wniosek praktyka pielęgniarek i położnych**”. Następnie należy wcisnąć „**Utwórz wniosek o rejestrację indywidualnej praktyki pielęgniarskiej i położnej**”.

The screenshot shows a web application interface. On the left is a green sidebar menu titled 'WNIOSKI' with the following items: 'Utwórz wniosek praktyka lekarska', 'Utwórz wniosek praktyka pielęgniarek i położnych', 'Utwórz wniosek praktyka fizjoterapeutyczna', 'Wnioski robocze', 'Wnioski gotowe do wysłania (podpisane)', 'Wnioski w trakcie wysyłania', 'Wnioski wysłane', 'Wnioski zwrócone do uzupełnienia', and 'Wniosek o uprawnienie do księgi'. The second item, 'Utwórz wniosek praktyka pielęgniarek i położnych', is highlighted. To the right of the sidebar is a section titled 'Wybierz akcję' with a yellow dot. Below this title are three buttons: 'Utwórz wniosek o rejestrację indywidualnej praktyki pielęgniarskiej i położnej', 'Utwórz wniosek o rejestrację grupowej praktyki pielęgniarskiej i położnej', and 'Wniosek o założenie konta w P1 i wygenerowanie certyfikatów'.

W zakładce „**Praktyka**” uzupełniamy:

Dane ewidencyjne:

- Imię/Imiona
- Nazwisko
- Tytuł zawodowy
- Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy,
- Numer prawa wykonywania zawodu
- NIP

Adres do korespondencji:

- Kod terytorialny
- Województwo
- Wyszukiwanie miejscowości
- Powiat
- Gmina
- Miejscowość
- Kod pocztowy / Poczta
- Nr skrytki pocztowej
- Ulica,
- Nr budynku / Nr lokalu
- Telefon
- E-mail
- Adres strony internetowej
- Posiadane specjalizacje
- Rodzaj praktyki pielęgniarskiej: kod 93, 94, 95, 96, 98, 99,
- Data rozpoczęcia działalności leczniczej,

Po wprowadzeniu powyższych danych naciskamy przycisk „**Dalej**”.

Dane ewidencyjne

Imię/Imiona*	<input type="text" value="Imię/Imiona"/>
Nazwisko*	<input type="text" value="Nazwisko"/>
Tytuł zawodowy*	<input type="text" value="---"/> *
Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek/pielęgniarzy*	<input type="text" value="Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek/pie"/>
Numer prawa wykonywania zawodu*	<input type="text" value="Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarek/pie"/>
NIP*	<input type="text" value="NIP"/> <input type="button" value="Pobierz dane z CEiG"/>

Adres do korespondencji

Kod terytorialny*	<input type="text" value="Kod terytorialny"/>
Województwo*	<input type="text" value="---"/> ▼
Wyświetlanie miejscowości	<input type="text" value="Nazwa miejscowości"/>
Powiat*	<input type="text" value="---"/> ▼
Gmina*	<input type="text" value="---"/> ▼
Miejscowość*	<input type="text" value="---"/> ▼
Kod pocztowy* / Poczta	<input type="text" value="---"/> <input type="text" value="Poczta"/>
Nr skrytki pocztowej	<input type="text" value="Numer skrytki pocztowej"/>
Ulica	<input type="text" value="Przedrostek"/> <input type="text" value="Ulica"/>
Nr budynku* / Nr lokalu	<input type="text" value="Numer budynku"/> <input type="text" value="Numer lokalu"/>
Telefon*	<input type="text" value="Telefon"/>
E-mail*	<input type="text" value="E-mail"/>
Adres strony internetowej	<input type="text" value="Adres strony internetowej"/>
Posiadane specjalizacje	<input type="text" value="Posiadane specjalizacje"/>

Rodzaj praktyki pielęgniarskiej

- ☐ 93 - indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym
- ☐ 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w zakładzie leczniczym w dziedzinie
- ☐ 95 - indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wznowienia
- ☐ 96 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wznowienia w dziedzinie
- ☐ 98 - indywidualna praktyka pielęgniarki
- ☐ 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki w dziedzinie

Data rozpoczęcia działalności leczniczej*	<input type="text" value="Data rozpoczęcia działalności leczniczej"/>
---	---

W zakładce „Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań” wciskamy przycisk „Dodaj adres i zakres świadczeń”.

Praktyka **Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań** Akredytacje Załączniki Informacje dodatkowe

Adresy miejsc udzielania świadczeń

Lp	Rodzaj praktyki	Adres	Rodzaj działalności leczniczej	Akcje
Brak danych				

Dodaj adres i zakres świadczeń

Wstecz Dalej **Zakończ i zweryfikuj wniosek**

Następnie należy uzupełnić dane:

- Rodzaj praktyki pielęgniarskiej
- Rodzaj działalności leczniczej
- Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

Adres miejsca udzielania świadczeń

Rodzaj praktyki pielęgniarskiej: *

Rodzaj działalności leczniczej: *

☐ Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne

☐ Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - inne niż szpitalne

☐ Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - szpitalne

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

wypełnić dla każdego rodzaju praktyki i miejsca

Pielęgniacyjnych:

Diagnostycznych:

Lecznicznych:

Rehabilitacyjnych:

Edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia:

Medycznych czynności ratunkowych:

Innych:

Następnie uzupełniamy:

Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:

- Numer REGON
- Nazwa zakładu leczniczego
- Kod terytorialny
- Województwo
- Wyszukiwanie miejscowości
- Powiat
- Gmina
- Miejscowość,
- Kod pocztowy / Polska,
- Nr skrytki pocztowej,
- Ulica,
- Nr budynku / Nr lokalu,
- Telefon
- Email
- Adres strony internetowej

Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych	
<div>Znajdź zakład leczniczySkopiuj adres praktyki</div>	
Numer REGON	<input type="text"/>
Nazwa zakładu leczniczego	<input type="text"/>
Kod terytorialny*	<input type="text" value="Kod terytorialny"/>
Województwo*	<input type="text" value="---"/>
Wyszukiwanie miejscowości	<input type="text" value="Nazwa miejscowości"/>
Powiat*	<input type="text"/>
Gmina*	<input type="text"/>
Miejscowość*	<input type="text"/>
Kod pocztowy* / Poczta	<input type="text" value="--"/> <input type="text" value="Poczta"/>
Nr skrytki pocztowej	<input type="text" value="Numer skrytki pocztowej"/>
Ulica	<input type="text" value="Przedrostek"/> <input type="text" value="Ulica"/>
Nr budynku* / Nr lokalu	<input type="text" value="Numer budynku"/> <input type="text" value="Numer lokalu"/>
Telefon*	<input type="text" value="Telefon"/>
E-mail*	<input type="text" value="E-mail"/>
Adres strony internetowej	<input type="text" value="Adres strony internetowej"/>

Natomiast w celu znalezienia zakładu leczniczego klikamy na przycisk „**Znajdź zakład leczniczy**”

Adres miejsca udzielania świadczeń
zdrowotnych

Wyszukujemy zakład leczniczy wpisując odpowiednie dane:

- Nazwa podmiotu leczniczego
- REGON
- Numer księgi
- Nazwa zakładu leczniczego
- Miejscowość

Następnie z kolumny „**Akcja**” naciskamy przycisk „**Pobierz adres**”

Po znalezieniu właściwego zakładu naciskamy przycisk „**OK**”.

Wyszukiwanie zakładów leczniczych

Nazwa podmiotu leczniczego	<input type="text" value="Nazwa podmiotu"/>
REGON	<input type="text" value="REGON"/>
Numer księgi	<input type="text" value="Numer księgi"/>
Nazwa zakładu leczniczego	<input type="text" value="Zakład leczniczy"/>
Miejscowość	<input type="text" value="warszawa"/>

Lista zakładów leczniczych:

Nazwa Podmiotu Leczniczego	Nazwa Zakładu Leczniczego	Adres zakładu	REGON	Akcja
Janusz Semenik	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Stomatologia Janusz Semenik	Warszawa ul. Elekoralna 11 m 22	01182559700028	Pobierz adres zakładu Wyświetl pozostałe adresy

Następnie uzupełniamy:

Adres miejsca przyjmowania wezwań (tylko dla wybranych rodzajów praktyki):

- Kod terytorialny
- Województwo
- Wyszukiwanie miejscowości
- Powiat
- Gmina
- Miejscowość
- Kod pocztowy / Polska,
- Nr skrytki pocztowej,
- Ulica,
- Nr budynku / Nr lokalu,
- Telefon
- Email
- Adres strony internetowej

Adres miejsca przyjmowania wezwań

Skopiuj adres praktyki

Kod terytorialny*	<input type="text" value="Kod terytorialny"/>	
Województwo*	<input type="text" value="---"/>	
Wyszukiwanie miejscowości	<input type="text" value="Nazwa miejscowości"/>	
Powiat*	<input type="text"/>	
Gmina*	<input type="text"/>	
Miejscowość*	<input type="text"/>	
Kod pocztowy* / Poczta	<input type="text" value="__-__"/>	<input type="text" value="Poczta"/>
Nr skrytki pocztowej	<input type="text" value="Numer skrytki pocztowej"/>	
Ulica	<input type="text" value="Przedrostek"/>	<input type="text" value="Ulica"/>
Nr budynku* / Nr lokalu	<input type="text" value="Numer budynku"/>	<input type="text" value="Numer lokalu"/>
Telefon*	<input type="text" value="Telefon"/>	
E-mail*	<input type="text" value="E-mail"/>	
Adres strony internetowej	<input type="text" value="Adres strony internetowej"/>	
<input type="checkbox"/> Taki sam jak adres miejsca przyjmowania wezwań*		

Następnie uzupełniamy

Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej (tylko dla wybranych rodzajów praktyki):

- Kod terytorialny
- Województwo
- Wyszukiwanie miejscowości
- Powiat
- Gmina
- Miejscowość,
- Kod pocztowy / Polska,
- Nr skrytki pocztowej,
- Ulica,
- Nr budynku / Nr lokalu,
- Telefon
- Email
- Adres strony internetowej

Po uzupełnieniu wszystkich wymaganych danych wciskamy przycisk „Dodaj”.

Adres miejsca przechowywania
dokumentacji medycznej

Skopiuj adres praktyki

Kod terytorialny*

Województwo*

Wyszukiwanie miejscowości

Powiat*

Gmina*

Miejscowość*

Kod pocztowy* / Poczta

Nr skrytki pocztowej

Ulica

Nr budynku* / Nr lokalu

Telefon*

E-mail*

Adres strony internetowej

Dodaj

Anuluj

Następnie naciskamy przycisk „Dalej” i przechodzimy do zakładki „Akredytacje i certyfikacje”. Tej zakładki nie uzupełniamy, gdyż nie dotyczy to indywidualnych praktyk.

Praktyka Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań **Akredytacje i certyfikacje** Załączniki Informacje dodatkowe

Lista akredytacji i certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych

Lp	Data	Zakres certyfikacji	Akcje
Brak danych			

Dodaj certyfikację

Wstecz

Dalej

Wyjdź

Zapisz do roboczych

Zatwierdź do podpisu

W kolejnym etapie przechodzimy do zakładki „**Załączniki**” tam dodajemy załącznik poprzez naciśnięcie przycisku „**Przeglądaj**”. Dodajemy również Opis załącznika.

- Maksymalna wielkość dokumentu: 5 MB,
- Maksymalna wielkość załącznika: 5 MB,
- Maksymalna liczba załączników: 5.

Następnie zatwierdzamy operację naciskając przycisk „**Dalej**”.

Praktyka Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań Akredytacje i certyfikacje **Załączniki** Informacje dodatkowe

Załączniki

W celu dodania załącznika, należy wskazać odpowiedni plik za pomocą przycisku "Wybierz plik", a następnie uzupełnić opis załącznika i wybrać opcję "Dodaj". Dodany załącznik pojawi się na liście załączników. Należy pamiętać, aby każdy dodawany załącznik miał inną nazwę.
Uwaga: aby była możliwość podpisania przez Profil Zaufany, wniosek nie może zawierać więcej niż 5 załączników, maksymalnie po 5 MB każdy

Plik załącznika* Przeglądaj... Nie wybrano pliku.

Opis załącznika*

Dodaj

Lp	Nazwa pliku	Rozmiar (bajty)	Opis załącznika	Akcje
----	-------------	-----------------	-----------------	-------

Wstecz **Dalej** **Wyjdź** **Zapisz do roboczych** **Zatwierdź do podpisu**

Następnie uzupełniamy dane w zakładce „**Informacje dodatkowe**”:

- Data złożenia wniosku
- Imię
- Nazwisko
- Email
- Organ rejestrowy, do którego kierowany jest wniosek
- Oświadczenie.

Czynność kończymy naciskając przycisk „**Zatwierdź do podpisu**”

Praktyka Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań Akredytacje i certyfikacje Załączniki **Informacje dodatkowe**

Informacje dodatkowe

Data złożenia wniosku* 2019-06-19

Osoba składająca wniosek

Imię* petentrpz

Nazwisko* Jan Nowkia

E-mail* qaasasz@wp.pl

Organ rejestrowy, do którego kierowany jest wniosek

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej P

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny oświadczam, że:

☐ 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;*

☐ 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r.o działalności leczniczej;*

☐ 3) nie prowadzę hurtowni farmaceutycznej, hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki ogólnodostępnej ani punktu aptecznego, a także nie wystąpiłem z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie;

☐ 4) nie zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpiłem z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.

Wstecz **Wyjdź** **Zapisz do roboczych** **Zatwierdź do podpisu**

