

## WYPEŁNIANIE WNIOSKU O UPRAWNIENIA DO POBIERANIA NUMERÓW RECEPT

1. Przed rozpoczęciem wypełniania wniosku, należy zapoznać się z załącznikiem nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 45/2009/DSOZ, i oświadczyć tę czynność przez zaznaczenie pola.

### WNIOSEK O DOSTĘP DO PORTALU NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

Opolski Oddział Wojewódzki NFZ

#### ZASADY WYPEŁNIANIA WNIOSKU O DOSTĘP DO PORTALU NFZ

1. Przed przystąpieniem do wypełnienia wniosku o dostęp do Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Portalem NFZ”, należy zapoznać się z „Regulaminem korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia przez pracowników medycznych” oraz złożyć oświadczenie dotyczące zapoznania się z tym regulaminem oraz akceptacji i przestrzegania jego postanowień. Brak akceptacji regulaminu uniemożliwia wypełnienie wniosku o dostęp do Portalu NFZ i jego rejestrację w systemie informatycznym NFZ (SI NFZ).
2. Przed przystąpieniem do wypełnienia wniosku o dostęp do Portalu NFZ należy wskazać cel/cele uzyskania dostępu do Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia, z niżej wymienionych: 1) uzyskanie dostępu do Portalu NFZ bez uprawnienia do pobierania numerów recept, 2) uzyskanie dostępu do Portalu NFZ oraz uzyskanie uprawnienia do pobierania, nadawanych przez Fundusz, numerów recept.
3. Wniosek o dostęp do Portalu NFZ wymaga podania danych określonych w części I.
4. W trakcie wypełniania wniosku o dostęp do Portalu NFZ należy posługiwać się Instrukcją wypełniania wniosku o dostęp do Portalu NFZ.
5. Wszelkie informacje podawane we wniosku o dostęp do Portalu NFZ muszą być kompletne, poprawne i zgodne ze stanem faktycznym.
6. Po wypełnieniu wniosku o dostęp do Portalu NFZ Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia dotyczącego kompletności, poprawności i zgodności podawanych danych ze stanem faktycznym.
7. Po wypełnieniu wniosku o dostęp do Portalu NFZ Wnioskodawca zobowiązany jest do złożenia oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych Wnioskodawcy przez Fundusz, w celach związanych z wykonywaniem czynności Użytkownika Portalu NFZ.

Załącznik do zarządzenia Nr 81/2016/DSOZ  
Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia  
z dnia 29 lipca 2016 r.

Załącznik nr 4 do zarządzenia Nr 45/2009/DSOZ

Regulamin korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia  
przez pracowników medycznych

##### § 1. Postanowienia ogólne

1. Regulamin korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia przez pracowników medycznych, zwany dalej „Regulaminem”, określa zasady uzyskania dostępu i warunki korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia przez pracowników medycznych, o których mowa w ust. 3 pkt 8.
2. Portal Narodowego Funduszu Zdrowia, zwany dalej „Portalem NFZ”, jest środowiskiem komunikacji służącym do wymiany informacji i danych za pomocą systemów teleinformatycznych, pomiędzy uprawnionymi użytkownikami a Narodowym Funduszem Zdrowia, zwanym dalej „Funduszem” lub „NFZ”.
3. Użyte w Regulaminie określenia i skróty oznaczają:
  - 1) Administrator – osoba posiadająca uprawnienia lokalnego administratora Portalu NFZ, którym może być wyłącznie pracownik medyczny, o którym mowa w pkt 8.; Administrator może również posiadać uprawnienia Operatora;
  - 2) działalność lecznicza – działalność lecznicza, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.);
  - 3) Fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - 4) wniosek o dostęp do Portalu NFZ – formularz wniosku udostępniony na stronie internetowej właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, w celu uzyskania dostępu do Portalu NFZ;
  - 5) konto Administratora – konto dostępowe w Portalu NFZ założone dla Administratora przez właściwy oddział wojewódzki Funduszu;
  - 6) konto Operatora – konto dostępowe w Portalu NFZ założone dla Operatora przez Administratora;
  - 7) Operator – osoba posiadająca uprawnienia operatora usług udostępnionych w Portalu NFZ, którym może być również osoba niebędąca pracownikiem medycznym;
  - 8) pracownik medyczny – osoba wykonująca zawód medyczny, uprawniona do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie odrębnych przepisów, oraz osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu medycznego, która zaprzestała jego wykonywania, zachowując ważność prawa wykonywania zawodu;

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję zapisy Regulaminu korzystania z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia przez pracowników medycznych oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Dalej →

2. Należy dokonać wyboru pola nr w przypadku lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych i farmaceutów lub pola nr 2 w przypadku fizjoterapeutów, oraz przejść do dalszej części wniosku za pomocą przycisku „Dalej”. Przy użyciu tego przycisku przechodzimy także do każdej następnej części wniosku.

Cel przekazania wniosku do właściwego oddziału Funduszu:

- 1  Uzyskanie dostępu do Portalu NFZ bez uprawnienia do pobierania numerów recept
- 2  Uzyskanie dostępu do Portalu NFZ oraz uzyskanie uprawnienia do pobierania, nadawanych przez Fundusz, numerów recept

Dalej →

### 3. Część I.1. Dane podstawowe wnioskodawcy

W tym kroku należy uzupełnić podstawowe dane wnioskodawcy (imiona, nazwisko, nr PESEL lub nr dokumentu tożsamości) oraz adresy (zamieszkania i korespondencyjny).

I.1. Dane podstawowe Wnioskodawcy

1. Imię pierwsze *	1. Imię drugie	2. Nazwisko *
--------------------	----------------	---------------

Rodzaj identyfikacji \*  PESEL  Dokument w przypadku braku numeru PESEL

3. Nr PESEL *
---------------

Adres zamieszkania

Wybierz województwo *	Wybierz powiat *	Wybierz gminę *		
10. Miejscowość * 🔍	11. Kod pocztowy *	12. Ulica 🔍	13. Nr domu *	14. Nr lokalu

Adres korespondencyjny

Adres korespondencyjny taki sam jak adres zamieszkania

Wybierz województwo *	Wybierz powiat *	Wybierz gminę *		
15. Miejscowość * 🔍	16. Kod pocztowy *	17. Ulica 🔍	18. Nr domu *	19. Nr lokalu

20. Adres email	21. Numer telefonu *
-----------------	----------------------

Podanie adresu mailowego umożliwi Wnioskodawcy samodzielną zmianę hasła w Portalu Personelu.

Należy wpisać numer telefonu, który może być, w przypadku osoby Wnioskodawcy ubiegającego się o uprawnienie do pobierania numerów recept, wykorzystany do podania na recepcie, jako numer telefonu do bezpośredniego kontaktu z osobą wystawiającą receptę, zgodnie z art. 96a ust. 1 pkt 3) lit d) Ustawy farmaceutyczne (Dz.U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.)

Numer powinien mieć jeden z formatów: +48 123 456 789 lub (012)345 67 89 lub +48 12 345 67 89. Kolejne numery należy oddzielić średnikiem. Numer wewnętrzny należy podać w formacie: w. 1234

W przypadku gdy wnioskodawca nie posiada numeru PESEL należy podać dane dokumentu tożsamości:

Rodzaj identyfikacji \*  PESEL  Dokument w przypadku braku numeru PESEL

Dokument tożsamości

4. Rodzaj ▼	5. Seria i numer *	6. Kraj wydania *
7. Data wydania *	8. Data ważności *	9. Data końca obowiązywania

### 4. Część : I.2 Uprawnienia zawodowe wnioskodawcy

W tym kroku należy wprowadzić uprawnienia zawodowe wnioskodawcy oraz jego specjalności.

I.2. Uprawnienia zawodowe Wnioskodawcy \*  ←

Po kliknięciu przycisku „**Dodaj uprawnienie**” zostaną wyświetlone pola pozwalające wprowadzenie danych uprawnienia takich jak: rodzaj uprawnienia zawodowego,

numer prawa wykonywania zawodu, data uzyskania prawa wykonywania zawodu oraz kod i nazwę organu wydającego prawo wykonywania zawodu.

1. Rodzaj uprawnienia zawodowego \*  
2. Prawo wykonywania zawodu - numer \*  
3. Prawo wykonywania zawodu - data uzyskania \*  
4. Prawo wykonywania zawodu - organ wydający - kod \*  
5. Prawo wykonywania zawodu - organ wydający - nazwa \*  
Dodaj specjalność \*  
Zapisz uprawnienie \*

Następnie za pomocą przycisku „**Dodaj specjalność**” wprowadzamy specjalności (także jeśli osoba uprawniona jest w trakcie ich zdobywania). Po jego kliknięciu zostaną wyświetlone pola pozwalające wprowadzenie danych uprawnienia takich jak: kod i nazwa specjalności, stopień specjalizacji oraz datę otwarcia/uzyskania specjalizacji.

Zawody/Specialności  
6. Kod \*  
7. Nazwa \*  
8. Stopień specjalizacji \*  
9. Data otwarcia/uzyskania specjalizacji \*  
Zapisz specjalność \*

Po wprowadzeniu specjalności należy ją zapisać klikając przycisk „**Zapisz specjalność**”.

W przypadku wyboru **Pielęgniarka** lub **Położna** w polu *Rodzaj uprawnienia zawodowego* dostępna stanie się część pozwalająca na określenie kompetencji oraz wykształcenia wnioskodawcy. Pole *Kompetencje - data uzyskania* oraz pole *Kompetencje - numer zaświadczenia* dostępne staną się po wybraniu konkretnej kompetencji.

10/11. Kompetencje - kod/nazwa  
 0368 - KURS SPECJALISTYCZNY DOTYCZĄCY ORDYNACJI LEKÓW I WYROBÓW MEDYCZNYCH  
 0369 - NABYCIE WIEDZY DOTYCZĄCEJ ORDYNACJI LEKÓW I WYROBÓW MEDYCZNYCH W RAMACH KSZTAŁCENIA W SZKOLE PIELEGNIARSKIEJ LUB POŁOŻNYCH LUB W RAMACH SZKOLENIA SPECJALISTYCZNEGO, CO ZWALNIA Z OBOWIĄZKU ODBYCIA KURSÓW SPECJALISTYCZNYCH W TYM ZAKRESIE  
 Brak kompetencji 0368 i 0369  
12. Kompetencje - data uzyskania  
13. Kompetencje - numer zaświadczenia  
14/15. Wykształcenie - kod/nazwa \*

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych uprawnienia należy je koniecznie zapisać klikając przycisk „**Zapisz uprawnienie**”

## 5. Część: II.1. Status wnioskodawcy

W tym kroku należy określić status wnioskodawcy oraz, w zależności od statusu wnioskodawcy, miejsca przechowywania dokumentacji medycznej lub/i rodzaj działalności.

## II.1. Status Wnioskodawcy \*

Zmiana wcześniej usatwionego statusu usuwa dodane działalności.

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 dentystry/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

Wybranie pierwszego statusu wyklucza wybranie pozostałych. Status nr 3 wybierają tylko i wyłącznie wnioskodawcy, którzy nie prowadzą działalności gospodarczej!

## 6. Część: II.2. Dane dotyczące wykonywanej działalności leczniczej

W przypadku zaznaczenia w poprzednim kroku "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/pro familia)" lub "Wnioskodawca jest osobą, posiadającą prawo wykonywania zawodu, która nie 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/pro familia)", na formatce dostępne będą pola pozwalające na wprowadzenie adresu miejsca przechowywania dokumentacji medycznej .

## II.2. Dane dotyczące wykonywanej działalności leczniczej - pro auctore / pro familia

Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej

18.  Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej tożsamy z adresem zamieszkania Wnioskodawcy

Wybierz województwo	Wybierz powiat	Wybierz gminę		
19. Miejscowość *	20. Kod pocztowy *	21. Ulica	22. Nr domu *	23. Nr lokalu

Zapisz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej \*

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych adresu miejsca przechowywania dokumentacji medycznej należy je zapisać klikając przycisk „**Zapisz miejsca przechowywania dokumentacji medycznej**”

W przypadku zaznaczenia w poprzednim kroku "Wnioskodawca jest osobą wykonującą zawód lekarza/lekarza dentystry/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" lub "Wnioskodawca prowadzi działalność gospodarczą związaną z wykonywaniem działalności leczniczej" na formatce dostępny będzie przycisk „**Dodaj działalność**”. Po jego kliknięciu dostępne staną się pola dotyczące formy działalności wnioskodawcy, danych rejestrowych dotyczących wykonywanej działalności leczniczej i gospodarczej oraz miejsc udzielania świadczeń i przechowywania dokumentacji medycznej związanej z działalnością leczniczą.

II.2. Dane dotyczące wykonywanej działalności leczniczej Dodaj działalność \*

II.2. Dane dotyczące wykonywanej działalności leczniczej

1/2. Forma działalności leczniczej - kod/nazwa \*

II.3. Dane rejestrowe dotyczące wykonywanej działalności leczniczej

1. Nazwa firmy lub imię i nazwisko podmiotu wykonującego działalność leczniczą \*

Podgląd danych w rejestrze PWDL    Podgląd danych w rejestrze praktyk lekarskich    Podgląd danych w rejestrze praktyk pielęgniarskich

2. Organ rejestrujący działalność leczniczą \*


3. Nr wpisu do rejestru działalności leczniczej (numer księgi rejestrowej) \*


II.4. Dane rejestrowe dotyczące wykonywanej działalności gospodarczej

1. Forma organizacyjno-prawna działalności gospodarczej \*

2. Organ rejestrujący działalność gospodarczą \*

3. Nr wpisu do rejestru działalności gospodarczej \*    4. NIP \*    5. REGON \*

Dodaj miejsce \* 

Zapisz dane działalności \* 

Przycisk **„Dodaj miejsce”** umożliwia dodanie miejsca udzielania świadczeń i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej

II.5. Wykaz miejsc udzielania świadczeń i miejsc przechowywania dokumentacji medycznej

2. Miejsce udzielania świadczeń - nazwa \*

3. Id miejsca udzielania świadczeń - REGON \*

4. Id miejsca udzielania świadczeń - KR cz.VII \*

4. Id miejsca udzielania świadczeń - KR cz.VIII \*

Adres miejsca udzielania świadczeń/przyjmowania wezwań

Wybierz województwo \*     Wybierz powiat \*     Wybierz gminę \*

6. Miejscowość \*

7. Kod pocztowy \*

8. Ulica \*

9. Nr domu \*

10. Nr lokalu

11. Telefon kontaktowy \*

Numer powinien mieć jeden z formatów: +48 123 456 789 lub (012)345 67 89 lub +48 12 345 67 89. Kolejne numery należy oddzielić średnikiem. Numer wewnętrzny należy podać w formacie: w. 1234\*

Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej

12.  Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej tożsamy z adresem miejsca udzielania świadczeń/ adresem miejsca przyjmowania wezwań

Wybierz województwo \*     Wybierz powiat \*     Wybierz gminę \*


13. Miejscowość \*

14. Kod pocztowy \*

15. Ulica \*

16. Nr domu \*

17. Nr lokalu

Zapisz miejsce \* 

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych adresu miejsca udzielania świadczeń i miejsca przechowywania dokumentacji medycznej należy je zapisać klikając przycisk **„Zapisz miejsce”**

Po wprowadzeniu wszystkich wymaganych danych działalności leczniczej należy je zapisać klikając przycisk **„Zapisz dane działalności”**

## 7. Oświadczenia

W tym kroku należy oznaczyć puste pola w części **Oświadczenia**.

Oświadczenia

- Oświadczam, że przedstawione we wniosku o dostęp do Portalu NFZ dane są kompletne, poprawne i zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
- 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 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.

Opolski Oddział Wojewódzki NFZ 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.

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 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.

Opolski Oddział Wojewódzki NFZ 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.

Treść oświadczeń może być różna w zależności od wyboru grupy zawodowej na początku wniosku

Po wypełnieniu wniosku należy oznaczyć puste pola w części **Oświadczenia** oraz przekazać wniosek do rozpatrzenia przez OW klikając przycisk **„Zatwierdź wniosek”**

## 8. Podsumowanie

W ostatnim kroku zostanie wyświetlone podsumowanie. Po zweryfikowaniu poprawności wypełnienia wniosku należy przekazać wniosek do rozpatrzenia przez OW klikając przycisk **„Zatwierdź i prześlij”** Po przekazaniu wniosku wyświetlone zostanie okno z informacją o tym, z instrukcjami o dalszym postępowaniu oraz z linkami pozwalającymi na pobranie wniosku w formatach PDF i XML.

Poprawnie dodano wniosek ✕

W celu przekazania wniosku wymagane jest:

- wydrukowanie, podpisanie i złożenie do OW NFZ po podpisaniu
- lub podpisanie wniosku podpisem elektronicznym.

• [Pobierz wniosek](#)

Aby podpisać wniosek podpisem elektronicznym należy:

1. Pobrać plik / lub pliki .xml (linki poniżej).
2. Podpisać pobrane pliki podpisem kwalifikowanym.
3. Przejść do [formularza](#) do przesłania pliku.

- [Wniosek o dostęp do portalu personelu - XML](#)
- [Wniosek o uprawnienie do pobierania numerów recept - XML](#)

Zamknij