

**Instrukcja wypełniania formularza naboru
do Narodowego Programu Szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2
dla
PODMIOTU LECZNICZEGO**

1. Numer Księgi Rejestrowej

POLE OBOWIĄZKOWE

Wpisz tylko cyfry bez oznaczenia organu, czyli bez litery W i cyfr po literze W.

***Numer księgi w RPWDL**

? Numer ten można sprawdzić na stronie: <https://rpwdl.csioz.gov.pl/>

! W tym polu można wpisać tylko liczby.

Numer księgi rejestrowej znajdziesz w Wyszukiwarce Podmiotów Lecznicznych, pod adresem: <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/Search>

2. Czy podmiot posiada aktualną umowę z NFZ (świadczenia POZ)?

POLE NIEOBOWIĄZKOWE

Zaznacz jedną odpowiedź.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym.

Czy podmiot posiada aktualną umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej?

Tak

Nie

Brak odpowiedzi

3. Dostęp do Systemu P1 prowadzonego przez Centrum e-Zdrowia (CEZ)

POLE OBOWIĄZKOWE

Zaznacz jedną odpowiedź.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym.

*Czy podmiot jest podłączony lub zadeklaruje podłączenie do Systemu P1 prowadzonego przez Centrum e-Zdrowia (CEZ), oraz zadeklaruje używanie udostępnionych przez CEZ systemów do dystrybucji szczepionek i e-rejestracji (przy pomocy indywidualnych kont dostępowych)?

<input checked="" type="radio"/>	Tak
<input type="radio"/>	Nie


4. Dane osobowe

POLE OBOWIĄZKOWE

Wpisz dane osoby do kontaktu:

- imię i nazwisko,
- numer telefonu kontaktowego (nie używaj myślników i spacji),
- adres e-mail.

*Osoba zgłaszająca podmiot do programu:



imię i nazwisko	Jan Kowalski
telefon kontaktowy	600000001
adres e-mail	test@test.nfz.gov.pl

5. Potwierdzenia i zgody

POLE OBOWIĄZKOWE

Aby przejść do kolejnego kroku, musisz zaakceptować obie odpowiedzi.

*Potwierdzenia i zgody

📌 Proszę wybrać 2 odpowiedzi

Potwierdzam że wszystkie dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym i wyrażam zgodę na ich weryfikację przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zapoznałem się i akceptuję zawarte w ogłoszeniu o naborze zasady i warunki realizacji szczepień oraz zasady wynagradzania i rozliczenia szczepień.

Jeżeli żadne z pól nie zostało oznaczone kolorem czerwonym, oznacza to prawidłowe uzupełnienie danych. Kliknij przycisk „Dalej”. Zostaniesz przekierowany do następnej strony.

Dalej

6. Miejsce udzielania świadczeń

POLE OBOWIĄZKOWE

Wybierz jedno pole „Komórka” lub „Jednostka” i w kolejnym polu wpisz numer rejestrowy komórki lub jednostki.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym.

<p>*Miejsce udzielania świadczeń</p> <p>i Proszę wybrać jedną z następujących odpowiedzi</p> <p><input checked="" type="button" value="Komórka"/> <input type="button" value="Jednostka"/> <input type="button" value="Inne"/></p>
<p>*Numer rejestrowy komórki</p> <p>i W tym polu można wpisać tylko liczby.</p> <p>000</p>

Numer rejestrowy komórki lub jednostki znajdziesz w księdze rejestrowej pod hasłem „Kod resortowy identyfikujący jednostkę lub komórkę”.

<i>Rubryka 7. Kod resortowy identyfikujący komórkę organizacyjną stanowiący część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych</i>
223

<i>Rubryka 9. Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną, w której działa komórka organizacyjna, stanowiący część V systemu resortowych kodów identyfikacyjnych</i>
05

Jeśli planujesz organizację szczepień w **NOWYM MIEJSCU**, które nie jest wpisane w księdze rejestrowej, zaznacz pole „Inne”. W kolejnym polu wpisz adres miejsca, w którym będziesz przeprowadzał szczepienie.

*Adres

miejsowość	Wrocław
ulica	TESTOWA
nr domu/ lokalu	1/23
kod pocztowy	00-00
województwo	DOLNOŚLĄSKIE

7. Telefon

POLE OBOWIĄZKOWE

Wpisz numer telefonu kontaktowego do miejsca udzielania świadczeń.

Jeśli jeszcze nie masz takiego numeru, wpisz numer telefonu kontaktowego z pola nr 4 „Dane osobowe”.

W polu „Telefon” nie używaj myślników i spacji.

*Telefon

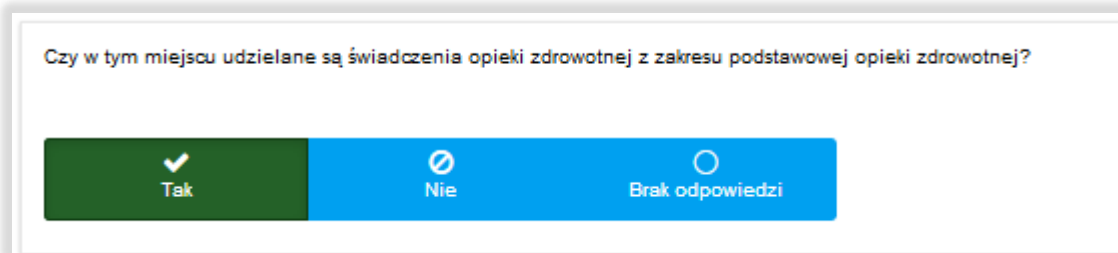
📘 W tym polu można wpisać tylko liczby.

8. Czy w tym miejscu udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej?

POLE NIEOBOWIĄZKOWE

Zaznacz jedną odpowiedź.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym.



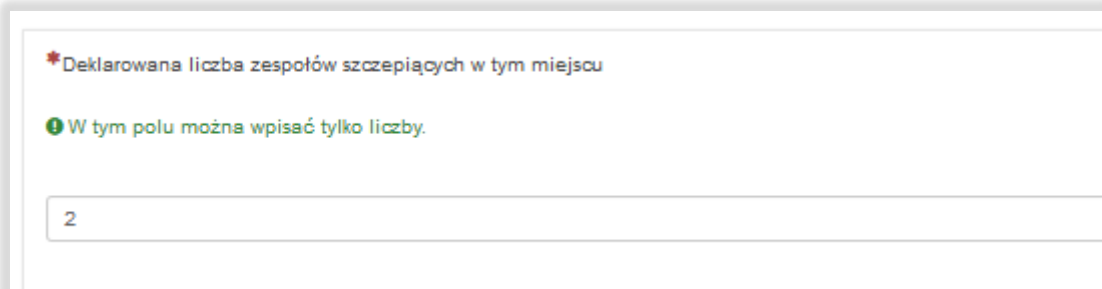
Czy w tym miejscu udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej?

Tak Nie Brak odpowiedzi

9. Deklarowana liczba zespołów szczepiących

POLE OBOWIĄZKOWE

Wpisz deklarowaną liczbę zespołów



* Deklarowana liczba zespołów szczepiących w tym miejscu

! W tym polu można wpisać tylko liczby.

2

10. Deklarowana liczba szczepień

POLE OBOWIĄZKOWE

Wpisz deklarowaną liczbę szczepień, które w ciągu tygodnia wykona jeden zespół szczepiący.

*Deklarowana tygodniowa liczba szczepień w tym miejscu (zdolność nie mniejsza niż 180 szczepień dla jednego zespołu szczepiącego)

📌 W tym polu można wpisać tylko liczby.

190

11. Organizacja szczepień w dni wolne od pracy (sobota lub niedziela)

POLE NIEOBOWIĄZKOWE

Zaznacz jedną odpowiedź.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym.

Organizacja szczepień dodatkowo w dni wolne (sobota lub niedziela)

✓
Tak

⊘
Nie

○
Brak odpowiedzi

12. Czy zorganizujesz szczepienia w formie mobilnej (wyjazdowej)?

POLE OBOWIĄZKOWE

Zaznacz jedną odpowiedź.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym.

*Szczepienia w formie mobilnej (wyjazdowej)

✓
Tak

⊘
Nie

13. Czy zapewnisz transport pacjentów do punktu szczepień?

POLE OBOWIĄZKOWE

Zaznacz jedną odpowiedź.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym.

Zapewnienie transportu pacjentów do punktu szczepień (opcja)

Tak Nie Brak odpowiedzi

14. Oświadczenie o spełnieniu wymagań w miejscu szczepienia lub deklaracja ich spełniania do 28 grudnia 2020 roku

POLE OBOWIĄZKOWE

Zaznacz jedną odpowiedź.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym.

*Oświadczenie o spełnieniu wymagań w miejscu szczepienia lub deklaracja ich spełniania do 28 grudnia 2020 r. (w tym odpowiednio zespołów mobilnych)

📌 Proszę wybrać jedną z następujących odpowiedzi

Lekarz lub felczer, pielęgniarka, położna, higienistka szkolna lub osoba wykonująca inny zawód medyczny posiadająca wymagane uprawnienia i kwalifikacje.
Kwalifikacji do szczepienia i zaszczepienia może dokonywać ta sama osoba posiadająca uprawnienia.

15. Wyposażenie punktu szczepień

POLE OBOWIĄZKOWE

Zaznacz TAK lub NIE. Możesz wybrać więcej niż jedną odpowiedź.

*Wyposażenie

	TAK	NIE
sprzęt biurowy (biurko, krzesła dla lekarza, pielęgniarki i osoby szczepionej, szafka/pudełko na dokumentację medyczną, telefon)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
komputer z drukarką i dostępem do Internetu - w przypadku zespołów mobilnych dostęp do sprzętu	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
kozetka lekarska (zalecana)	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
szafka/stolik na artykuły sanitarne i inne materiały medyczne	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
stolik do przygotowania szczepionki	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, w tym zestaw przeciwwstrząsowy, zestawy do przetaczania płynów infuzyjnych - obowiązkowe także w przypadku zespołów mobilnych	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi - obowiązkowe także w przypadku zespołów mobilnych	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
stetoskop - obowiązkowe także w przypadku zespołów mobilnych	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
środki do odkażania i dezynfekcji, w tym dezynfekcji powierzchni dotykowych - obowiązkowe także w przypadku zespołów mobilnych	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
termometr - obowiązkowe także w przypadku zespołów mobilnych	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
lodówka, urządzenie chłodnicze	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
pojemnik do przechowywania i przenoszenia szczepionki – dotyczy zespołów mobilnych	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
pojemniki na odpady medyczne (z tworzywa sztywnego, odpornego na przebicie lub przecięcie, jednorazowego użycia)	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
zabezpieczenie odpadów medycznych oraz zapewnienie ich odbioru i utylizacji	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>


16. Czy chcesz dodać kolejne miejsce (punkt) szczepień?

POLE OBOWIĄZKOWE

Zaznacz jedną odpowiedź.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym.

*Czy chcesz dodać kolejne miejsce (punkt) szczepień?

 Wybranie odpowiedzi NIE oraz kliknięcie przycisku dalej spowoduje zapisanie i przekazanie zgłoszenia.

Tak
 Nie

Jeśli zaznaczyłeś pole „Tak” i kliknąłeś przycisk „Dalej”, zostaniesz poproszony o uzupełnienie danych z pól numer 7 – 16 dla kolejnego miejsca (punktu) szczepień.

Jeśli zaznaczyłeś pole „Nie” lub po zaznaczeniu pola „Tak”, uzupełniłeś dane dla kolejnego miejsca (punktu) szczepień, kliknij przycisk „Dalej”.

Po kliknięciu przycisku „Dalej”, Twój formularz zostanie zapisany i poprawnie złożony.

Masz pytania dotyczące formularza? Nie wiesz, jak wypełnić formularz? Zadzwoń do naszych konsultantów.

Numery telefonów do konsultantów w Twoim oddziale wojewódzkim NFZ znajdziesz na stronie internetowej Funduszu, pod adresem:

<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/nfz-rozpoczyna-nabor-do-narodowego-programu-szczepien-przeciwko-wirusowi-sars-cov-2,7865.html>