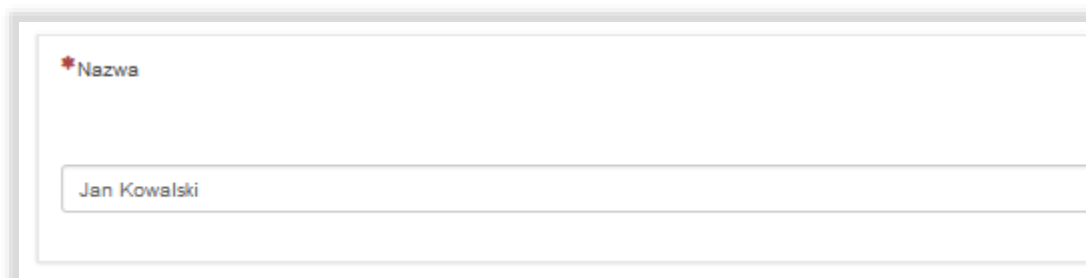


**Instrukcja wypełniania formularza naboru  
do Narodowego Programu Szczepień przeciwko wirusowi SARS-CoV-2  
dla  
PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

**1. Nazwa**

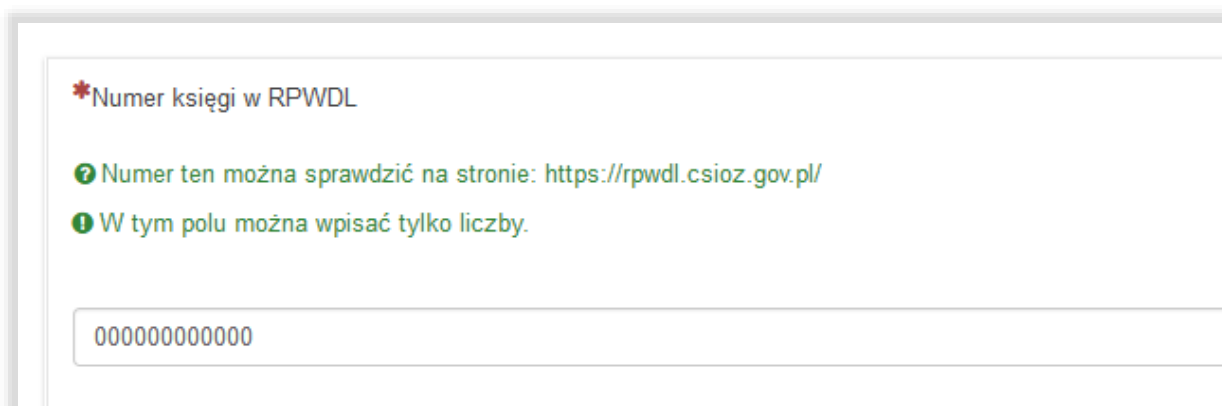
**POLE OBOWIĄZKOWE**

Należy podać nazwę – w większości przypadków będzie to imię i nazwisko.



**2. Numer Księgi Rejestrowej – należy wpisać tylko cyfry bez oznaczenia organu czyli bez litery L i cyfr po literze L**

**POLE OBOWIĄZKOWE**



Numer księgi rejestrowej możesz znaleźć w Wyszukiwarce Podmiotów Leczniczych <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPZ/Search?institutionType=L>

### 3. Adres

#### POLE OBOWIĄZKOWE

Należy podać dane adresowe praktyki lekarskiej

*Adres siedziby	
Miejscowość	Wrocław
Ulica	Testowa
Nr domu/ lokalu	1/23
Kod pocztowy	xx-xxx
Województwo	DOLNOŚLĄSKIE

### 4. Telefon i e mail

#### POLA OBOWIĄZKOWE

Należy podać telefon kontaktowy i adres e mail

*Telefon
!
6000001
*Adres e-mail
!
test@test.nfz.gov.pl

## 5. Umowa z NFZ

### POLE NIEOBOWIĄZKOWE

Zaznacz jedną odpowiedź.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym

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

Tak  Nie  Brak odpowiedzi

## 6. Dostęp do Systemu P1

### POLE OBOWIĄZKOWE

Zaznacz jedną odpowiedź.

Pole z Twoim wyborem zostanie oznaczone kolorem zielonym.

\*Czy praktyka jest podłączona 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)?

Tak  Nie

## 7. Zasady i regulaminy

### POLE OBOWIĄZKOWE

Aby przejść do kolejnego kroku, musisz zaakceptować obie odpowiedzi.

\*Zasady i regulaminy:

- Proszę wybrać 2 odpowiedzi
- Zapoznałem się i akceptuję zawarte w ogłoszeniu o naborze zasady i warunki realizacji szczepień oraz zasady wynagrodzenia i rozliczenia szczepień.
- Potwierdzam że wszystkie dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym i wyrażam zgodę na ich weryfikację przez Narodowy Fundusz Zdrowia

## 8. 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 praktykę do programu:	
imię i nazwisko	Jan Kowlaski
telefon kontaktowy	600000001
adres e-mail	test2@nfz.gov.pl

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

Dalej

## 9. Miejsce udzielania świadczeń

### POLA OBOWIĄZKOWE

Podaj nazwę i adres.

*Nazwa	
<input type="text" value="Jan Kowalski"/>	
*Adres	
miejsowość	<input type="text" value="Wrocław"/>
ulica	<input type="text" value="Testowa"/>
nr domu/ lokalu	<input type="text" value="1/23"/>
kod pocztowy	<input type="text" value="xx-xxx"/>
województwo	<input type="text" value="DOLNOŚLĄSKIE"/>


## 10. 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 „Telefon i e mail”.

W polu „Telefon” nie używaj myślników i spacji.

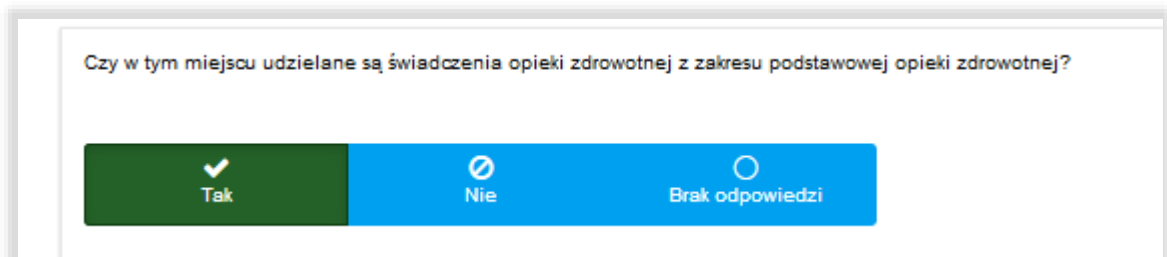
*Telefon
 W tym polu można wpisać tylko liczby.
<input type="text" value="600000001"/>

**11. 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.



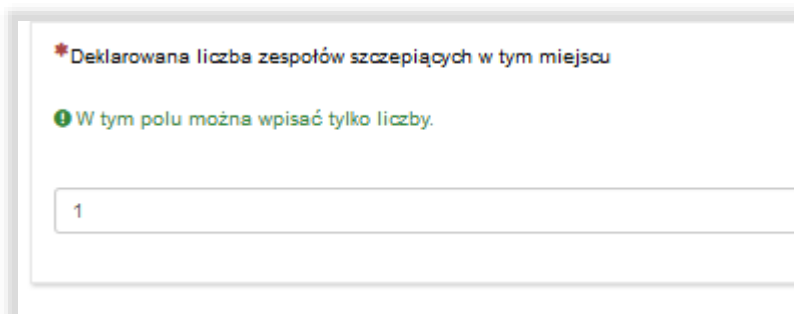
Czy w tym miejscu udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej?

Tak  Nie  Brak odpowiedzi

**12. Deklarowana liczba zespołów szczepiących**

**POLE OBOWIĄZKOWE**

Wpisz deklarowaną liczbę zespołów.



\* Deklarowana liczba zespołów szczepiących w tym miejscu

📌 W tym polu można wpisać tylko liczby.

1

**13. 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.

#### 14. 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

#### 15. 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

#### 16. 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

### 17. Oświadczenie o spełnieniu wymagań w miejscu szczepienia lub deklaracja ich spełnienia 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 spełnienia 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.

### 18. 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"/>
kozетка 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 przekucie 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"/>

Po kliknięciu przycisku „Wyślij”, 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>