

Formularz zgłoszeniowy (WZÓR 2.12.2020)
(Kategorie wymagań: W – wymagane; O – opcjonalne, fakultatywne)

1	Dane podmiotu wykonującego działalność leczniczą				
1.1	Nazwa			W	
1.2	Nr w RPWDL			W	
1.3	Adres siedziby	1.3.1	miejsowość	W	
		1.3.2	ulica	W	
		1.3.3	nr domu/ lokalu	W	
		1.3.4	kod pocztowy	W	
		1.3.5	województwo	W	
1.4	Telefon/ telefony			W	
1.5	Adres e-mail			W	
1.6	Identyfikator REGON			W	
1.7	Czy podmiot posiada aktualną umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej?			TAK/ NIE	O
1.8	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).			TAK/ NIE	W
1.9	Zapoznałem się i akceptuję zawarte w ogłoszeniu o naborze zasady i warunki realizacji szczepień oraz zasady wynagradzania i rozliczenia szczepień.			TAK/ NIE	W
1.10	Potwierdzam że wszystkie dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym i wyrażam zgodę na ich weryfikację przez Narodowy Fundusz Zdrowia			TAK/ NIE	W
1.11	Osoba zgłaszająca podmiot do programu	1.11.1	imię i nazwisko	W	
		1.11.2	telefon kontaktowy	W	
2 (do n)	Dane miejsca (punktu) szczepień (powtórzyć moduł, dla wszystkich deklarowanych miejsc)				
2.1	Nazwa			W	
2.2	Adres	2.2.2	miejsowość	W	
		2.2.2	ulica	W	
		2.2.3	nr domu/ lokalu	W	
		2.2.4	kod pocztowy	W	
		2.2.5	województwo	W	
2.3	Telefon/ telefony			W	
2.4	Czy w tym miejscu udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej			TAK/ NIE	O
2.5	Deklarowana liczba zespołów szczepiących w tym miejscu				W
2.6	Deklarowana tygodniowa liczba szczepień w tym miejscu (zdolność nie mniejsza niż 180 szczepień dla jednego zespołu szczepiącego)				W
2.7	Organizacja szczepień dodatkowo w dni wolne (sobota lub niedziela)			TAK/ NIE	O
2.8	Szczepienia w formie mobilnej (wyjazdowej)			TAK/ NIE	W
2.9	Zapewnienie transportu pacjentów do punktu szczepień (opcja)			TAK/ NIE	O
2.10	Oświadczenie o spełnieniu wymagań w miejscu szczepienia lub deklaracja ich spełniania do 28 grudnia 2020 r. (w tym odpowiednio zespołów mobilnych)				
2.11	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.			TAK/ NIE	W
2.12	Wyposażenie:	2.12.1	sprzęt biurowy (biurko, krzesła dla lekarza, pielęgniarki i osoby szczepionej, szafka/pudełko na dokumentację medyczną, telefon)	TAK/ NIE	W
		2.12.2	komputer z drukarką i dostępem do internetu - w przypadku zespołów mobilnych dostęp do sprzętu	TAK/ NIE	W
		2.12.3	kozetka lekarska (zalecana)	TAK/ NIE	O
		2.12.4	szafka/stolik na artykuły sanitarne i inne materiały medyczne	TAK/ NIE	W
		2.12.5	stolik do przygotowania szczepionki	TAK/ NIE	W
		2.12.6	zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, w tym zestaw przeciwwstrząsowy, zestawy do przetaczania płynów infuzyjnych - obowiązkowe także w przypadku zespołów mobilnych.	TAK/ NIE	W
		2.12.7	aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi - obowiązkowe także w przypadku zespołów mobilnych.	TAK/ NIE	W
		2.12.8	stetoskop - obowiązkowe także w przypadku zespołów mobilnych.	TAK/ NIE	W

		2.12.9	środki do odkażania i dezynfekcji, w tym dezynfekcji powierzchni dotykowych - obowiązkowe także w przypadku zespołów mobilnych.	TAK/ NIE	W
		2.12.10	termometr - obowiązkowe także w przypadku zespołów mobilnych.	TAK/ NIE	W
		2.12.11	lodówka, urządzenie chłodnicze	TAK/ NIE	W
		2.12.12	pojemnik do przechowywania i przenoszenia szczepionki – dotyczy zespołów mobilnych	TAK/ NIE	
		2.12.13	pojemniki na odpady medyczne (z tworzywa sztywnego, odpornego na przekłucie lub przecięcie, jednorazowego użycia)	TAK/ NIE	W
		2.12.14	zabezpieczenie odpadów medycznych oraz zapewnienie ich odbioru i utylizacji	TAK/ NIE	W