

## KROK 2:

# REJESTRACJA RPWDL ( REJESTR PODMIOTÓW WYKONUJACYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ )

DOKONAŁEŚ ZALOGOWANIA DO SYSTEMU POPRZECZ WYBRANY PRZEZ SIEBIE SPOSÓB LOGOWANIA

TERAZ :



**Po zalogowaniu do swojego konta z lewej strony znajduje się zielony panel.- Wybierz opcję:**

1. Nowy wniosek – praktyka pielęgniarska (dotyczy również położnych).
2. Następnie wybierz rodzaj wniosku i praktyki. PAMIETAJ – KLIKNIJ PRAKTYKI ZAWODOWE
3. W tej instrukcji zakładac będziemy indywidualną praktykę pielęgniarską w podmiocie leczniczym. Ty wybierz tą która dotyczy Ciebie. Kliknij w belkę:

### **Nowy wniosek o rejestrację indywidualnej praktyki pielęgniarskiej i położnej**

W tym momencie system przekserował Cię na stronę, na której znajduje się 5 zakładek.

-Wypełniamy poszczególne zakładki – ( klikając dalej przechodzimy do kolejnych zakładek )

Zakładka Praktyka :

### Krok 1



Kliknij utwórz wniosek

Krok następny - Utwórz wniosek indywidualna praktyka pielęgniarek i położnych

## KROK 2

### Zakładka **Praktyka**- WYPEŁNIJ WSZYSTKIE POZYCJE

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

**WYPEŁNIJ DANE !!**

Dane ewidencyjne

Imiona*	<input type="text" value="Imiona"/>	
Nazwisko*	<input type="text" value="Nazwisko"/>	
Tytuł zawodowy*	<input type="text" value="Pielęgniarka/Pielęgniarz"/>	
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/pieł"/>	
NIP*	<input type="text" value="NIP"/>	

Po wpisaniu numeru NIP i kliknięciu na "Pobierz dane z CEIDIG" Adres do korespondencji powinien zaciągnąć się automatycznie (mimo wszystko proszę o sprawdzenie danych!!)

**POBIERZ DANE Z CEIDIG**

Adres do korespondencji

Kod terytorialny*	<input type="text" value="Kod terytorialny"/>	
Wyszukiwanie miejscowości	<input type="text" value="Nazwa miejscowości"/>	
Województwo*	<input type="text" value="---"/>	
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="Nr budynku"/>	<input type="text" value="Numer lokalu"/>

Dane z PWZ, 11 cyfrowy numer z literą P/A na końcu

Dane z PWZ, 7 cyfrowy numer z literą P/A na końcu

Uzupełnij ręcznie, jeżeli dane nie zostały pobrane automatycznie po kliknięciu "pobierz dane z CEIDIG"

Adres strony internetowej	<input type="text"/>	
Posiadane specjalizacje	<input type="text"/>	← jeśli posiadasz to wpisz pełną nazwę taką jaka jest na dyplomie
Rodzaj praktyki lekarskiej	<input type="checkbox"/> 93 - indywidualna praktyka pielęgnarska wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego <input type="checkbox"/> 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgnarska wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego w dziedzinie <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 95 - indywidualna praktyka pielęgnarska wyłącznie w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> 96 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgnarska wyłącznie w miejscu wezwania w dziedzinie <input type="text"/> <input type="checkbox"/> 98 - indywidualna praktyka pielęgnarska <input type="checkbox"/> 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgnarska w dziedzinie <input type="text"/>	
Data rozpoczęcia działalności leczniczej	<input type="text"/>	← data podjęcia pracy na kontrakcie
Data rozpoczęcia działalności leczniczej z art. 104	<input type="text"/>	
<input type="button" value="Dalej"/> <input type="button" value="Zakończ i zweryfikuj wniosek"/>		

### Rodzaje praktyk:

- 93 – gdy będziesz pracować na kontrakcie w szpitalu, przychodni lub innym podmiocie, nie musisz posiadać własnego pomieszczenia, w którym będą udzielane świadczenia zdrowotne
- 94 – to samo co 93 z zastrzeżeniem, że posiadasz specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia
- 95 – w tym przypadku wymagane jest posiadanie sprzętu medycznego umożliwiającego udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub pobytu pacjenta oraz wskazanie adresu praktyki i adresu miejsca przechowywania dokumentacji medycznej
- 96 – to samo co 95 z zastrzeżeniem, że posiadasz specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia

98 – praktyka pielęgniarki/położnej w gabinecie stacjonarnym wyposażonym w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę, sprzęt medyczny odpowiednie do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń

99 – to samo co 98 z zastrzeżeniem, że posiadasz specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia

Gdy już wypełnisz wszystkie pola i wybierzesz rodzaj praktyki kliknij biały przycisk **Dalej**

### Krok 3

#### Zakładka Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań

Kliknij w belkę **Dodaj adres i zakres świadczeń**

Pojawi się następujące okno:

The screenshot shows a web form titled "Adres miejsca udzielania świadczeń". The form contains several sections for selecting practice type and medical activity, followed by input fields for the scope of services.

**Rodzaj praktyki pielęgniarczej:** A dropdown menu is set to "93 - indywidualna praktyka pielęgniarska...".

**Rodzaj działalności leczniczej:** Three radio buttons are present:

- ☐ Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne
- ☐ Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitalne
- ☐ Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne

**Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych:** A section with the instruction "wypełnić dla każdego rodzaju praktyki i miejsca" containing several input fields:

- Pielęgnacyjnych:
- Diagnostycznych:
- Leczniczych:
- Rehabilitacyjnych:
- Edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia:
- Medycznych czynności ratunkowych:
- Innych:

**Annotations:** Blue arrows point from red text boxes to specific form elements:

- "Pierwsze dotyczy przychodni i poradni" points to the "93 - indywidualna praktyka pielęgniarska..." dropdown.
- "Drugie, np. opieka długoterminowa, paliatywna itp." points to the "Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - inne niż szpitalne" radio button.
- "Trzecie - szpitale" points to the "Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne - szpitalne" radio button.
- "Wypełnij wszystkie pola wpisując słowo „tak”" points to the "Diagnostycznych:" input field.

Rodzaj adresu: ☐ Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu ☐ Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w zakładzie podmiotu leczniczego

**Wybierz odpowiednie pole. W przypadku kontraktu w podmiocie leczniczym, jak szpital, wybierz drugą opcję**

Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych

Znajdź zakład leczniczy Skopiuj adres praktyki

Numer REGON

Nazwa zakładu leczniczego

Kod terytorialny\* Kod terytorialny

Wyszukiwanie miejscowości Nazwa miejscowości

Województwo\* ---

Powiat\* ---

Gmina\* ---

Miejscowość\* ---

Kod pocztowy\* / Poczta --- Poczta

Nr skrytki pocztowej Numer skrytki pocztowej

Ulica Przedrostek Ulica

Nr budynku\* / Nr lokalu Numer budynku Numer lokalu

Telefon\* Telefon

E-mail\* E-mail

Adres strony internetowej Adres strony internetowej

**Wpisz adres lub w przypadku kontraktu w podmiocie leczniczym jak szpital możesz skorzystać z wyszukiwarki.**

**Gdy już uzupełnisz adres kliknij ten przycisk**

Dodaj Anuluj

Gdy poprawnie wpiszesz adres lub adresy (bo możesz w kilku miejscach pracować pojawi się taki widok:

Wyjdź bez zapisywania Zapisz i wyjdź

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

Adresy miejsc udzielania świadczeń

Lp	Rodzaj praktyki
1	93 - Indywidualna praktyka pielęgnarska wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego

**TUTUJ POJAWI SIĘ NAZWA PLACÓWKI DO KTÓREJ BĘDZIESZ ŚWIADCZYŁ /A PRACĘ – SKOPIUJE SIĘ AUTOMATYCZNIE ADRES PRAKTYKI**

Dodaj adres i zakres świadczeń

Wstecz Dalej Zakończ i zweryfikuj wniosek

Ponownie kliknij przycisk **Dalej**

#### **Krok 4**

**Zakładkę Akredytacje** pomiń jeśli jej osobiście nie posiadasz.

- Wypełniasz **TYLKO gdy posiadasz** akredytację
- Jeżeli **nie posiadasz** akredytacji pomiń tą zakładkę i przejdź **DALEJ**

#### **Krok 5**

##### **Zakładka Załączniki**

W tym miejscu należy dołączyć zeskanowane dokumenty:

1. Zaświadczenie wykluczające 5 letnią przerwę w wykonywaniu zawodu w okresie ostatnich 5 lat (aktualne zaświadczenie o zatrudnieniu ze wskazaniem stanowiska pracy i opłacaniu składek na rzecz Samorządu, i lub świadectwo pracy )
2. Dyplom specjalizacji w przypadku praktyki specjalistycznej
3. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis do RPWDL ( kwoty zostały podane na stronie OIPIP )
4. CEIDIG- Centralna Ewidencja Działalności Gospodarczej
5. Skan Prawa Wykonywania Zawodu

## Krok 6

### Zakładka Informacje dodatkowe

przez aplikację, które są zgodne z nazwami ulic udostępnianymi przez GUS na stronie <http://www.stat.gov.pl/broker/access/index.jsp>.

\* - pola obowiązkowe

Wyjdź Zapisz Zatwierdź

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

Informacje dodatkowe

Data złożenia wniosku\*

Osoba składająca wniosek

Imię\*

Nazwisko\*

E-mail\*

Organ rejestrowy, do którego kierowany jest wniosek

Okręgowa Izba Lekarska

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 Zatwierdź

RPWD v 2.13.3 [831ms]

**TUTAJ ZAZNACZ OIPIP W Gdańsku - Organ do którego kierujesz wniosek**

**Wypełnij wszystkie pola oraz zaznacz oświadczenia.**



Wypełniliśmy już wszystkie pola 😊 Kliknij teraz w zielony przycisk **Zatwierdź**.  
Na następnej stronie, na którą przekserował nas system kliknij w belkę **Zweryfikuj wniosek**.

**SKRZYNIKA ODBIORCZA**

- Komunikaty (0)
- Dokumenty (0)
- Poświadczenia (6)

**WNIOSEK**

- Utwórz wniosek praktyka lekarska
- Utwórz wniosek praktyka pielęgniarzek i położnych
- Wnioski robocze
- Wnioski gotowe do wystania (podpisane)
- Wnioski w trakcie wysyłania
- Wnioski wystane
- Wnioski zwrócone
- Jak uzyskać uprawnienia do ksiąg rejestrowych

**INNE**

- Kontakt -
- Księga rejestrowa praktyk lekarskich
- Księga rejestrowa praktyk pielęgniarzek i położnych
- Zaświadczenia praktyk lekarskich
- Zaświadczenia praktyk pielęgniarzek i położnych
- Mój profil

**Wprowadzanie wniosku o zmianę wpisu do rejestru**

Nr wniosku: 012262783  
Nazwa: Wiktor Karasiewicz

Podsumowanie  
Dostępne akcje

Modyfikuj wniosek
Wydruk pełny
Wydruk częściowy
Zobacz załączniki wniosku
<b>Zweryfikuj wniosek</b>
Usuń wniosek
Pobierz wniosek
Powrót do strony startowej

W górnym lewym rogu pojawi się zielony komunikat „Pomyślnie zweryfikowano wniosek”.

W tym momencie należy kliknąć w przycisk **Podpisz elektronicznie**

+ Pomyślnie zweryfikowano wniosek.

**SKRZYNIKA ODBIORCZA**

- Komunikaty (0)
- Dokumenty (0)
- Poświadczenia (6)

**WNIOSEK**

- Utwórz wniosek praktyka lekarska
- Utwórz wniosek praktyka pielęgniarzek i położnych
- Wnioski robocze
- Wnioski gotowe do wystania (podpisane)
- Wnioski w trakcie wysyłania
- Wnioski wystane
- Wnioski zwrócone
- Jak uzyskać uprawnienia do ksiąg rejestrowych

**INNE**

- Kontakt -
- Księga rejestrowa praktyk lekarskich
- Księga rejestrowa praktyk pielęgniarzek i położnych
- Zaświadczenia praktyk lekarskich
- Zaświadczenia praktyk pielęgniarzek i położnych
- Mój profil

**Wprowadzanie wniosku o zmianę wpisu do rejestru**

Nr wniosku: 012262783  
Nazwa: Wiktor Karasiewicz

Podsumowanie  
Dostępne akcje

Modyfikuj wniosek
Wydruk pełny
Wydruk częściowy
Zobacz załączniki wniosku
<b>Podpisz elektronicznie</b>
Usuń wniosek
Pobierz wniosek
Powrót do strony startowej

Kliknij



W dalszej części system zapyta jakim sposobem chcesz podpisać wniosek - wybierz **Podpisz profilem zaufanym**. ( lub inny wybrany przez siebie ) System przekieruje Cię do strony profilu zaufanego(e-puap).

Wysoki kontrast

profil zaufany

Zarejestruj się

PROFIL ZAUFANYAKTUALNOŚCIPOMOCKONTAKT

Logowanie za pomocą hasłaWybierz inny sposób logowania

\* - pola wymagane

Login lub adres e-mail \*

Hasło \*

Zaloguj mnie

Nie pamiętam loginu | Nie pamiętam hasła

Zaloguj przez bankowość elektroniczną »

Należy się zalogować i autoryzować zmiany poprzez **wpisanie kodu z otrzymanego smsa**. Po autoryzacji nastąpi automatyczny powrót do strony RPWDL, gdzie należy kliknąć w przycisk **Wyślij**.

Wniosek został poprawnie podpisany i oznaczony jako "do wysłania". [Kliknij tutaj, aby go wysłać](#)

SKRZYNIKA ODBIORCZA

WNIOSKI

INNE

Wniosek oznaczony jako "gotowy do wysłania"

Nr wniosku: 012262783  
Nazwa: Wiktor Karasiewicz

Podsumowanie  
Dostępne akcje

Lista podpisów

LP	Podpisujący	Data
1	Wiktor Karasiewicz	2019-01-20 09:19:37

Wydruk cząściowy

Wydruk pełny

Zobacz załączniki wniosku

Przywróć wniosek do stanu "roboczy"

**Wyślij**

Podpisz elektronicznie

Pobierz wniosek

Pobierz podpis wniosku

Powrót do strony startowej

KLIKNIJ Wyślij

**Na koniec wszystkich wykonywanych operacji otrzymasz komunikat iż wniosek został wysłany i przekazany do : Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych celem weryfikacji**

**SKRZYNIKA ODBIORCZA**

Komunikaty (0)  
Dokumenty (0)  
Poświadczenia (7)

**WNIOSKI**

Utwórz wniosek praktyka  
lekarska  
Utwórz wniosek praktyka  
pielęgniarek i położnych  
Wnioski robocze  
Wnioski gotowe do wysłania  
(podpisane)  
Wnioski w trakcie wysyłania  
Wnioski wysłane  
Wnioski zwrócone  
Jak uzyskać uprawnienia do  
ksiąg rejestrowych

**INNE**

Kontakt -  
Księga rejestrowa praktyk  
lekarskich  
Księga rejestrowa praktyk  
pielęgniarek i położnych  
Zaświadczenia praktyk  
lekarskich  
Zaświadczenia praktyk  
pielęgniarek i położnych  
Mój profil

Wniosek został wysłany. Można go podejrzeć w zakładce 'Wnioski wysłane'.

Uzgodowe Poświadczenie Przedłożenia wniosku można pobrać z zakładki Poświadczenia

Data wpływu:

Przewidywany termin rozpatrzenia wniosku:

Dane kontaktowe organu przyjmującego wniosek:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych W Gdańsku

ul. Wyczółkowskiego 17a 0-147 Gdańsk

E-mail: [biuro@oipip.gda.pl](mailto:biuro@oipip.gda.pl)

Treść pouczenia:

1. Działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. Organ prowadzący rejestr dokonuje wpisu do rejestru w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis do rejestru wraz z oświadczeniem.
3. Jeżeli organ prowadzący rejestr nie dokona wpisu w terminie 30 dni, a od dnia wpływu wniosku do tego organu upłynęło 40 dni, wnioskodawca może rozpocząć działalność po uprzednim zawiadomieniu o tym na piśmie organu, który nie dokonał wpisu. Nie dotyczy to przypadku, gdy organ wezwał tego wnioskodawcę do uzupełnienia wniosku o wpis nie później niż przed upływem 7 dni od dnia jego otrzymania. W takiej sytuacji termin, o którym mowa w zdaniu pierwszym, biegnie od dnia wpływu uzupełnienia wniosku o wpis.
4. Organ prowadzący rejestr odmawia wnioskodawcy wpisu do rejestru, w przypadku gdy:
  - a. wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wnioskodawcy wykonywania działalności objętej wpisem;
  - b. podmiot wykonujący działalność leczniczą wykreślono z rejestru na podstawie art. 108 ust. 2 pkt 1, 3 lub 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w okresie 3 lat poprzedzających złożenie wniosku;
  - c. wnioskodawca nie spełnia warunków, o których mowa w art. 17 ust. 1, art. 18 albo art. 19 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
  - d. wnioskodawca:
    - prowadzi hurtownię farmaceutyczną lub hurtownię farmaceutyczną produktów leczniczych weterynaryjnych albo wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jej prowadzenie,
    - prowadzi aptekę ogólnodostępną albo wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jej prowadzenie,
    - prowadzi punkt apteczny albo wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na jego prowadzenie,
    - zajmuje się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi albo wystąpił z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.
5. W przypadku wydania decyzji o odmowie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stronie przysługują odwołania do Ministra Zdrowia za pośrednictwem organu prowadzącego rejestr, w terminie 14 dni od jej otrzymania.

**ETAPEM KOŃCOWYM jest :**

1. Organ rejestrowy dokonuje wpisu do rejestru **w terminie 30 dni od dnia wpływu** wniosku o wpis do rejestru wraz z oświadczeniem
2. Organ prowadzący rejestr wydaje z urzędu zaświadczenie o dokonaniu wpisu do rejestru .
3. Wygenerowanie zaświadczenia z systemu teleinformatycznego ( nie wymaga ani pieczęci ani podpisu ) wnioskodawca otrzyma na adres podanej przez siebie poczty elektronicznej wskazanej w wniosku .