

Wprowadzanie zmian w istniejącej księdze rejestrowej

1. Wypełnienie wniosku o nadanie uprawnień do dokonywania zmian w księdze rejestrowej.

.....
.....
.....

(nazwa i adres organu rejestrowego, do którego kierowany jest wniosek)

WNIOSEK

Proszę o nadanie uprawnienia do tworzenia wniosków dotyczących zmian w księdze rejestrowej nr:

dla użytkownika (login):

posiadającego adres e-mail:

.....
(data i podpis)

Aby uzyskać uprawnienia do pełnego korzystania z systemu wypełniamy wniosek jak wyżej o nadanie uprawnień zamieszczony w zakładce programu „ jak uzyskać uprawnienia do ksiąg rejestrowych”. Wniosek należy wydrukować i podpisać własnoręcznie a następnie wysłać do administratora systemu – Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie drogą pocztową lub osobiście bądź zeskanowany na adres mailowy: praktyki@oilwaw.org.pl

2. Po uzyskaniu uprawnień zaloguj się.

Strona główna

- Strona główna
- Zaloguj
- Zarejestruj
- Wyszukiwarki ▾
- Informacje o rejestrze
- Częste pytania (FAQ) ▾
- Kontakt ▾

Logowanie

Jeżeli masz już konto w systemie, zaloguj się.

Aplikacja* Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
 Rejestr Praktyk Zawodowych

Login*

Hasło*

[Zaloguj się](#)

Jeśli nie masz konta w systemie, załóż je tutaj

[Zaloguj się za pomocą certyfikatu](#)

[Zarejestruj certyfikat w systemie](#)

[Zapomniałeś hasła, kliknij tutaj](#)

3. Aplikacja przygotowania wniosku.

Strona główna

SKRZYNKA ODBIORCZA

- Komunikaty
- Dokumenty
- Poświadczenia

WNIOSKI

- Nowy wniosek praktyka lekarska
- Nowy wniosek praktyka pielęgniarok i położnych
- Wnioski robocze
- Wnioski gotowe do wystania (podpisane)
- Wnioski w trakcie wysyłania
- Wnioski wysłane

Witamy w aplikacji przygotowywania wniosków

Uwaga! W ostatnim wydaniu wprowadzono następujące zmiany:

- Wprowadzenie dodatkowej weryfikacji niezgodności ze słownikiem TERYT. Aplikacja będzie informowała użytkownika, w postaci ostrzeżenia, o nazwach ulic nieistniejących w słowniku TERYT.
- Przy rejestracji podmiotów, których organem założycielskim jest osoba fizyczna, kod terytorialny został przeniesiony z adresu do korespondencji do adresu zamieszkania podmiotu leczniczego.
- Zmiana sposobu podpisywania profilem zaufanym oraz certyfikatem kwalifikowanym. Udostępniono możliwość wielokrotnego podpisywania wniosków przez kilka osób dowolnym z rodzajów podpisów: profilem zaufanym ePUAP lub podpisem kwalifikowanym.
- Zmiana procesu weryfikacji wniosków o rejestrację podmiotu leczniczego. Aplikacja

4. Wniosek o zmianę.

Strona główna
SKRZYNKA ODBIORCZA

- Komunikaty
- Dokumenty
- Poświadczenia

WNIOSKI

- Nowy wniosek praktyka lekarska
- Nowy wniosek praktyka pielęgniarzek i położnych
- Wnioski robocze
- Wnioski gotowe do wysłania (podpisane)
- Wnioski w trakcie wysyłania
- Wnioski wysłane

Wybierz akcję

Nowy wniosek o rejestrację indywidualnej praktyki lekarskiej

Nowy wniosek o rejestrację grupowej praktyki lekarskiej

Bądź wybierz typ wniosku dla jednej z poniższych ksiąg:

Numer rejestru	Nazwa	Akcje
0000000	Łukasz Nowicki	Wniosek o zmianę Wniosek o wykreślenie

5. Wybieramy rodzaj praktyki.

Posiadane specjalizacje

Rodzaj praktyki lekarskiej

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie

95 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania

96 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania w dziedzinie

98 - indywidualna praktyka lekarska

99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie

Data rozpoczęcia

1998-12-19

Wybiera lekarz wykonujący praktykę-umowa kontraktowa

93-lekarz bez specjalizacji

94-posiadający specjalizację

Wybiera lekarz wykonujący wizyty domowe

95-lekarz bez specjalizacji

96-lekarz posiadający specjalizację

Wybiera lekarz rejestrujący gabinet (własny lub wynajęty)

98- lekarz bez specjalizacji

99 -lekarz posiadający specjalizację

6. Wprowadzanie zmian dotyczących adresów i zakresu udzielanych świadczeń.

Strona główna

Wprowadzenie wniosku o zmianę wpisu do rejestru

Nr wniosku: Nr księgi: 0000000

Uwaga Informujemy, że na podstawie danych udostępnionych przez GUS, zaktualizowany został słownik TERYT. W aktualnym słowniku zmienione zostały nazwy gmin z np. "m. Gdańsk" na "Gdańsk". W związku z powyższym, chcąc uzyskać w systemie podpowiedź dla nazwy gminy tego typu, należy wpisywać pierwsze litery nowych nazw gmin z pominięciem ciągu "m.". W związku z udostępnieniem opcji podpowiadania danych adresowych z rejestru TERYT, prosimy o wprowadzanie/korygowanie nazw ulic wg podpowiedzi sugerowanych przez aplikację, które są zgodne z nazwami ulic udostępnianymi przez GUS na stronie <http://www.stat.gov.pl/broker/access/index.jspa>.

Wyjdź bez zapisywania

Zapisz i wyjdź

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

Adresy miejsc udzielania świadczeń

Lp	Rodzaj praktyki	Adres	Rodzaj działalności leczniczej	Akce
1	99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie	01-493 Warszawa	Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne	Usuń Edytuj
2	99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie	03-305 Warszawa	Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne	Usuń Edytuj
3	99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie	01-961 Warszawa	Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne	Usuń Edytuj

Dodaj adres i zakres świadczeń

Wstecz

Dalej

Zakończ i zweryfikuj wniosek

7. Wprowadzanie danych dotyczących nowego miejsca udzielanych świadczeń.

Adres miejsca udzielania świadczeń

Rodzaj praktyki i lekarskiej: 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka

Rodzaj działalności leczniczej:
 Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
 Stacjonarne i całonocne świadczenie zdrowotne - inne niż szpitalne
 Stacjonarne i całonocne świadczenie zdrowotne - szpitalne

Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

wypełnij dla każdego rodzaju praktyki i miejsca

Diagnostycznych:

Lecznicych:

Rehabilitacyjnych:

Orzecznicych:

Innych:

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

Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych

Znajdź przedsiębiorstwo Skopiuj adres praktyki

Numer REGON:

Nazwa przedsiębiorstwa:

Gmina:

Kod terytorialny:

Województwo:

Powiat:

Gmina:

Nr skrytki pocztowej:

Kod pocztowy Poczta:

Miejscowość:

Ulica:

Telefon:

E-mail:

Adres strony internetowej:

Gabinet

Praktyka w podmiocie leczniczym („kontrakt”)

8. Wysyłanie wypełnionego wniosku do OIL.

Praktyka Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań Akredytacje i ubezpieczenia Załączniki

Informacje dodatkowe

Informacje dodatkowe

Data złożenia wniosku* 2015-04-20

Osoba składająca wniosek

Imię* Łukasz

Nazwisko* Nowicki

Organ rejestrowy, do którego kierowany jest wniosek

Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie

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) znam i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 12 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. 10 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.*

Wstecz

Wyjść

Zapisz

Zatwierdź

9. Podpisywanie przy pomocy profilu zaufanego.

Wprowadzanie wniosku o wpis do rejestru

Nr wniosku: 012

Nazwa:

Podsumowanie

Dostępne akcje

<input type="button" value="Modyfikuj wniosek"/>
<input type="button" value="Wydruk pełny"/>
<input type="button" value="Wydruk częściowy"/>
<input type="button" value="Zobacz załączniki wniosku"/>
<input type="button" value="Podpisz wniosek przy użyciu certyfikatu kwalifikowanego"/>
<input type="button" value="Podpisz wniosek profilem zaufanym ePUAP"/>
<input type="button" value="Usuń wniosek"/>

[Strona główna](#)

Podpis poprzez EPUAP

Po wciśnięciu przycisku przejdź nastąpi przekierowanie do strony EPUAP

RPWDL v 2.1.1 [1245ms]

Portal ePUAP - logowanie


Portal ePUAP - logowanie przy użyciu hasła

Login

*

Hasło

*

 Użyj loginu (identyfikatora) i hasła wybranego podczas rejestracji w Portalu ePUAP.

* pola wymagane

Podpisywanie dokumentów z załącznikami

Informacje o zleceniu

Wniosek do pospisu



Kolejne podpisy

Podpisz profilem zaufanym

Złóż podpis potwierdzony profilem zaufanym, aby podpisać wiele dokumentów na raz. [Co to znaczy?](#)

Anuluj

Podpisujący dokument (1)

Informacje o dokumencie: Wniosek do pospisu

Ten dokument nie posiada wizualizacji. Możesz **pobrać** dokument, aby zobaczyć, co podpisujesz. Brak załączników do dokumentu.

Podpisywanie dokumentów z załącznikami

Informacje o zleceniu

Wniosek do pospisu



Dokument został podpisany. Naciśnij "Ok", aby powrócić do swojego systemu.

OK Anuluj

Podpisujący dokument (1)

Informacje o dokumencie: Wniosek do pospisu

Ten dokument nie posiada wizualizacji. Możesz **pobrać** dokument, aby zobaczyć, co podpisujesz. Brak załączników do dokumentu.

• Wniosek został podpisany, status wniosku został zmieniony na "Do wysłania".

Strona główna

SKRZYNKA ODBIORCZA

Komunikaty

Dokumenty

Poświadczenia

WNIOSKI

Nowy wniosek praktyka lekarska

Wniosek oznaczony jako "gotowy do wysłania"

Nr wniosku: 012

Nazwa:

Podsumowanie

Dostępne akcje

Lista podpisów

Organ rejestrowy (OIL w Warszawie) sprawdza poprawność wniosku i zatwierdza go lub odsyła wniosek do uzupełnienia (wnioski zwrócone). Po uzupełnieniu braków należy odesłać wniosek.

Najczęściej występujące braki powodujące zwrot wniosku to:

- brak podpisu w formie elektronicznej
- brak załączników w postaci wymaganych dokumentów
- niepoprawne nazwy przedsiębiorstw podmiotów leczniczych
- brak wypełnionych pól dotyczących adresów, telefonów itp.

UWAGA:

Prosimy o dołączanie skanów wymaganych dokumentów i skanu opłaty w załącznikach wniosku.