

Instrukcja RPWDL

Aby zarejestrować praktykę pielęgniarską w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą potrzebować będziesz:

1. Profilu zaufanego e-puap,
2. Zeskanowanych dokumentów:
 - a. Prawo Wykonywania Zawodu (PWZ),
 - b. Zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG)
 - c. Potwierdzenie opłaty rejestracyjnej.
3. 20 minut wolnego czasu.

Otwierając książeczkę PWZ na pierwszej stronie oprócz swojego zdjęcia znajdziesz trzy numery:

- a. Pierwszy na samej górze – zazwyczaj wyróżniony kolorem czerwonym – jest to numer serii druku (w dalszych działaniach nie będzie nas interesował).
- b. Drugi poniżej numeru serii składający się z 7 cyfr i dużej literki P (pielęgniarki) bądź A (położne) to numer Prawa Wykonania Zawodu (PWZ)
- c. Trzeci usytuowany na samym dole po lewej stronie składający się z 11 cyfr i literki na końcu to Twój numer w rejestrze pielęgniarek i położnych w Okręgowej Izbie.

Opłata rejestracyjna.

Opłaty należy dokonać na numer konta: **14 1160 2202 0000 0003 5977 7432**. W tytule przelewu prosimy wpisać swoje imię i nazwisko oraz formułę „opłata za wpis do rejestru”. W chwili obecnej wynosi 134 zł za wpis do rejestru i 67 zł za zamianę wpisu. W związku z faktem, że nie jest to kwota stała promy każdorazowo sprawdzić na naszej stronie internetowej jej wysokość.

Założenie konta w rejestrze.

W wyszukiwarce internetowej wpisz: <https://rpwdl.csioz.gov.pl/>

Po lewej stronie na zielonym pasku wybierz opcję **Zarejestruj**

W polu **Aplikacja** zawsze wybieraj **Rejestr Praktyk Zawodowych**

Wypełnij wszystkie wymagane pola.

Uwaga! Hasło powinno spełniać wymogi polityki bezpieczeństwa minimum to: 8 znaków w tym jedna duża litera i jedna cyfra

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

https://rpwdl.csioz.gov.pl/User/Register

Wyszukiwarki -
Pliki do pobrania
Informacje o rejestrze
Częste pytania (FAQ) -
Kontakt -

Aplikacja*
 Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
 Rejestr Praktyk Zawodowych
 System Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia
 System Informatyczny Rezydentur

Nr prawa wykonywania zawodu*
3900000P

Uwaga! Numer PESEL służy wyłącznie do pobrania danych z systemu zewnętrznego i nie jest przechowywany w Rejestrze PWDL.

PESEL* 12345678910

Imię* Anna

Nazwisko* Kowalska

Login* KowalskaA

Hasło*

Powtórz hasło*

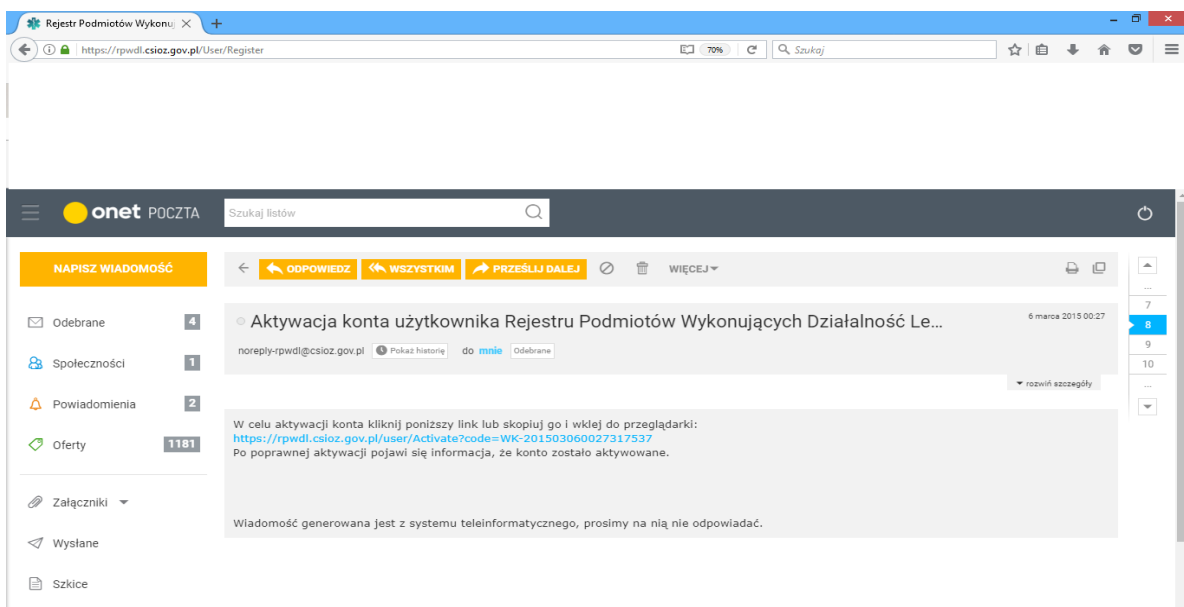
E-mail* anna.kowalska@poczta.pl

Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną dokumentów dotyczących rejestracji.

IZBIKC
Odśwież
Tekst z obrazka
IZBIKC

Zarejestruj się

Po uzupełnieniu wszystkich pól i wyrażeniu zgody naciśnij zielony przycisk: **Zarejestruj się**
W tym momencie na adres mailowy podany w trakcie rejestracji powinna przyjść wiadomość zawierająca link aktywacyjny – kliknij w ten link.



Świetnie! Teraz możesz się zalogować wpisując login i hasło podane na etapie rejestracji.
Pamiętaj aby w polu **Aplikacja** wybrać **Rejestr Praktyk Zawodowych!**

Po zalogowaniu do swojego konta z lewej strony znajduje się zielony panel. Wybierz opcję: **Nowy wniosek – praktyka pielęgniarska** (dotyczy również położnych).

Następnie wybierz rodzaj wniosku i praktyki. 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.

Zakładka Praktyka

Praktyka Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań Akredytacje Załączniki Informacje dodatkowe

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/pielęgniarzy"/>	← 11 cyfr z literką na końcu
Numer prawa wykonywania zawodu*	<input type="text" value="Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarek/pielęgniarzy"/>	← 7 cyfr z literką na końcu
NIP*	<input type="text" value="NIP"/>	

Adres do korespondencji

Kod terytorialny*	<input type="text" value="Kod terytorialny"/>	← wpisz kod pocztowy
Wyszukiwanie miejscowości	<input type="text" value="Nazwa miejscowości"/>	
Województwo*	<input type="text" value="---"/>	
Powiat*	<input type="text"/>	
Gmina*	<input type="text"/>	
Miejscowość*	<input type="text"/>	
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"/>	

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"/>	← rodzaje praktyk opisane pod zdjęciem
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**

Zakładka Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań

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

Pojawi się następujące okno:

Adres miejsca udzielania świadczeń

Rodzaj praktyki pielęgniarskiej: * 93 - indywidualna praktyka pielęgniarska ...

Rodzaj działalności leczniczej: *

- Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
- Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - inne niż szpitalne
- Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - szpitalne

Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

wypełnić dla każdego rodzaju praktyki i miejsca

Pielęgniacyjnych:

Diagnostycznych:

Lecznicych:

Rehabilitacyjnych:

Edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia:

Medycznych czynności ratunkowych:

Innych:

Pierwsze dotyczy przychodni i poradni
Drugie, np. opieka długoterminowa, paliatywna itp.
Trzecie - szpitale

Wypełnij wszystkie pola wpisując słowo „tak’

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	Adres	Rodzaj działalności leczniczej	Akcje
1	93 - indywidualna praktyka pielęgnarska wyłącznie w zakładzie podmiotu leczniczego	87-100 Toruń, ul.	Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - szpitalne	Usuń Edytuj

Dodaj adres i zakres świadczeń

Wstecz Dalej **Zakończ i zweryfikuj wniosek**

Ponownie kliknij przycisk **Dalej**

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

Zakładka Załączniki

W tym miejscu należy dołączyć zeskanowane dokumenty: PWZ, zaświadczenie CEIDG oraz potwierdzenie opłaty rejestracyjnej o której mowa była na początku instrukcji.

Zakładka Informacje dodatkowe

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

* - 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

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) dane mi się 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**

RPWDL v 2.13.3 [831ms]

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 wnioski**.

SKRZYNIKA ODBIORCZA

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

WNIOSKI

- 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
- Zweryfikuj wniosek**
- 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.

Wprowadzanie wniosku o zmianę wpisu do rejestru

Nr wniosku: 012262783
Nazwa: Wiktor Karasiewicz

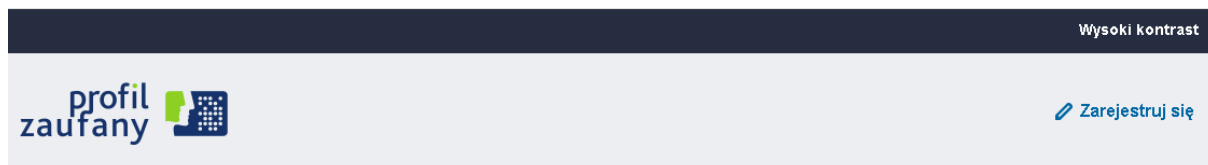
Podsumowanie

Dostępne akcje

- Modyfikuj wniosek
- Wydruk pełny
- Wydruk częściowy
- Zobacz załączniki wniosku
- Podpisz elektronicznie**
- Usuń wniosek
- Pobierz wniosek
- Powrót do strony startowej

Kliknij

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



PROFIL ZAUFANY AKTUALNOŚCI POMOC KONTAKT

Logowanie za pomocą hasła Wybierz inny sposób logowania

* - pola wymagane

Login lub adres e-mail *

Hasło *

Zaloguj mnie

Nie pamiętam loginu | Nie pamiętam hasła

Zaloguj przez bankowość elektroniczną »

- USŁUGI BANKOWE
- Bank Polski
- inteligo
- Santander
- Bank Pekao
- mBank
- ING
- envelo
- Millennium

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

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

WNIOSKI

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

INNE

- Kontakt -
- Księga rejestrowa praktyk lekarskich
- Księga rejestrowa praktyk pielęgnarek i położnych
- Zaswiadczenia praktyk lekarskich
- Zaswiadczenia praktyk pielęgnarek i położnych
- Mój profil

Wniosek oznaczony jako "gotowy do wysłania"

Nr wniosku: 012362783
Nazwa: Wiktor Karasiewicz

Podsumowanie
Dostępne akcje

Lista podpisów

LP	Podpisujący	Data
1	Wiktor Karasiewicz	2019-01-23 09:18:37

- Wydruk częściowy
- Wydruk pełny
- Zobacz załączniki wniosku
- Przywróć wniosek do stanu "roboczy"
- Wyślij**
- Podpisz elektronicznie
- Pobierz wniosek
- Pobierz podpis wniosku
- Powrót do strony startowej

Po poprawnym wysłaniu do Izby otrzymasz następujący komunikat:

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 wysłania
- 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'.

Urzędowe Poświadczenie Przedłożenia wniosku można pobrać z zakładki Poświadczenia

Data wpływu: 2019-01-23
Przewidywany termin rozpatrzenia wniosku: 2019-02-23
Dane kontaktowe organu przyjmującego wniosek:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu
Toruń ul. Szosa Chełmińska 254
E-mail: Tel:

Treść pouczenia:

- Działalność leczniczą można rozpocząć po uzyskaniu wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Organ prowadzący rejestr dokonuje wpisu do rejestru w terminie 30 dni od dnia wpływu wniosku o wpis do rejestru wraz z oświadczeniem.
- 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.
- Organ prowadzący rejestr odmawia wnioskodawcy wpisu do rejestru, w przypadku gdy:
 - wydano prawomocne orzeczenie zakazujące wnioskodawcy wykonywania działalności objętej wpisem;
 - 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;
 - 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;
 - 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.
- W przypadku wydania decyzji o odmowie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stronie przysługuje odwołanie do Ministra Zdrowia za pośrednictwem organu prowadzącego rejestr, w terminie 14 dni od jej otrzymania.

RPWD v 2.13.3 [2678ms]

W tym momencie wniosek trafił do Okręgowej Izby. Pracownik Izby ma **30 dni** na rozpatrzenie wniosku.