

## 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: **16 1240 4009 1111 0000 4493 5681**. W tytule przelewu prosimy wpisać swoje imię i nazwisko oraz formułę „opłata za wpis do rejestru”.

W chwili obecnej wynosi 86 zł za wpis do rejestru i 43 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

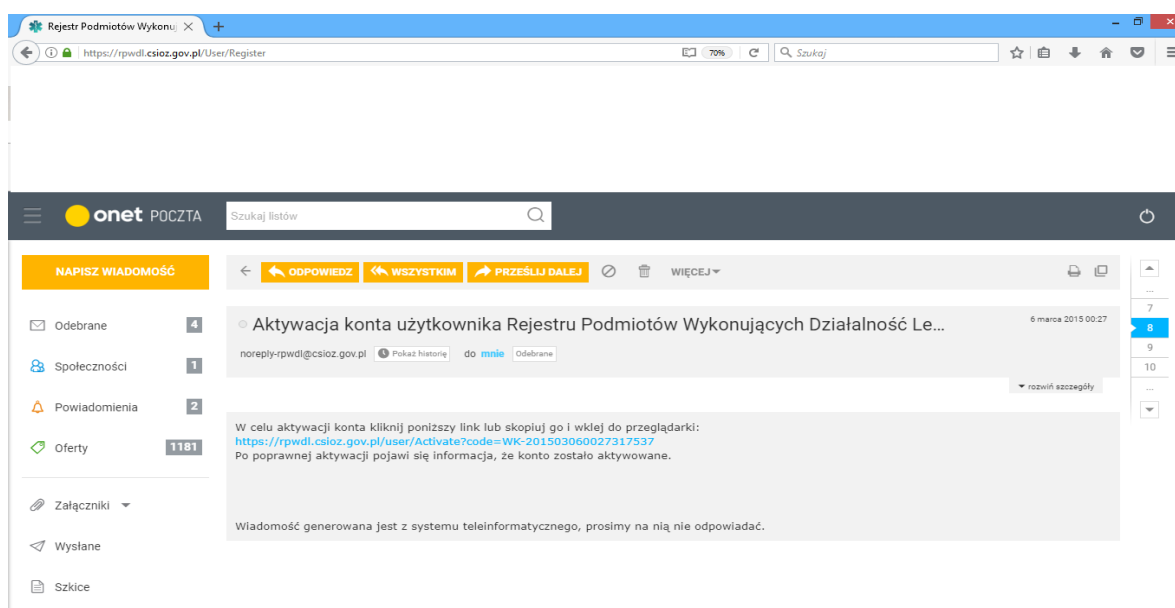
Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną dokumentów dotyczących rejestracji.

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 pielęgniarczej: \* 93 - indywidualna praktyka pielęgniariska ...

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

Pielęgnacyjnych:

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** pomini 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

Wyjdz bez zapisywania   Zapisz i wyjdź

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

Informacje dodatkowe

Data złożenia wniosku\*   :

Proponowana przez wnioskodawcę data wejścia w życie zmiany   Proponowana prz

Osoba składająca wniosek

Imię\*   :

Nazwisko\*   :

E-mail\*   :

Organ rejestrowy, do którego kierowany jest wniosek

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu

Oświadczanie

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis/zmianę w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą. Znam mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.).\*

Wstecz   Zakończ i zweryfikuj wniosek

Wypełnij wszystkie pola oraz zaznacz oświadczenie.

Wypełniliśmy już wszystkie pola 😊 Kliknij teraz w zielony przycisk **Zakończ i zweryfikuj wniosek**. Na następnej stronie, na którą przekserował nas system kliknij w belkę **Zweryfikuj wniosek**. W dalszej części system przekseruje Cię do podpisania wniosku za pomocą profilu zaufanego(e-puap lub e-gate). Po poprawnej autoryzacji sprawdź, czy wniosek ma status **Wysłany** lub **Zgłoszony** jeśli nie wyślij go do Okręgowej Izby klikając w odpowiednią belkę.