WNIOSEK

do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia

o nadanie dostępu do środowiska integracyjnego systemu P1[[1]](#footnote-1)

dla usługodawcy

**I. DANE WNIOSKODAWCY:**

Nazwa podmiotu:

Adres siedziby:

REGON: …………………..……………………….… KRS: …………………..……………………….…

**II. DANE ZWIĄZANE Z DOSTĘPEM DO P1:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEKCJA A: dane dostępowe do środowiska**  (wypełnij jedynie jeżeli nie wnioskowałeś jeszcze o utworzenie przez CSIOZ konta podmiotu i konta pracownika medycznego na środowisku integracyjnym)  Wnioskowana rola (zaznacz co najmniej jedną):   |  |  | | --- | --- | | [ ] *system zewnętrzny podmiotu leczniczego*  [ ] *system zewnętrzny podmiotu aptecznego*  [ ] *system zewnętrzny praktyki fizjoterapeutycznej* | [ ] *system zewnętrzny praktyki lekarzy  i lekarzy dentystów* [ ] *system zewnętrzny praktyki pielęgniarek i położnych* | |

|  |
| --- |
| **SEKCJA B: dane dostępowe do funkcjonalności EDM / ZM**  (wypełnij jeżeli posiadasz już skonfigurowane przez CSIOZ konto podmiotu oraz konta pracownika medycznego lub właśnie o nie wnioskujesz poprzez wypełnienie Sekcji A)  Wnioskowana rola (zaznacz jedną):  [ ] *System zewnętrzny podmiotu wykonującego działalność leczniczą* [[2]](#footnote-2)  [ ] *System zewnętrzny podmiotu wykonującego działalność leczniczą posiadający repozytorium EDM* 3 |

E-mail na który należy przekazać dane dostępowe:

Numer telefonu na który wysłany zostanie SMS z kodami dostępowymi:

**III. OŚWIADCZENIA:**

*Oświadczam, że uzyskane dane dostępowe zostaną wykorzystane zgodnie z ich przeznaczeniem (wyłącznie do dostępu do środowiska integracyjnego P1).*

*Oświadczam, że środowisko integracyjne systemu P1 nie będzie wykorzystywane przez WNIOSKODAWCĘ do przetwarzania danych osobowych w myśl ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r.   
o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922), oraz danych medycznych czy innych danych wrażliwych, o których mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.*

**IV. ZAŁĄCZNIKI (tylko niezbędne do potwierdzenia reprezentacji[[3]](#footnote-3)):**

1. ………………………………………………………………………………………………………………………………..…………

………………………………………………………….…….. ……….………………………………………………………………………

(miejscowość, data)

……….……………………………………………………………..………

(czytelny podpis osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy 4)

1. System informatyczny „ELEKTRONICZNA PLATFORMA GROMADZENIA, ANALIZY I UDOSTĘPNIANIA ZASOBÓW CYFROWYCH O ZDARZENIACH MEDYCZNYCH", o którym mowa w ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. [↑](#footnote-ref-1)
2. Rejestracja samych Zdarzeń Medycznych, bez potrzeby indeksacji Elektronicznej Dokumentacji Medycznej.

   3 Rejestracja Zdarzeń Medycznych oraz indeksowanie Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (wraz z uprawnieniem systemu zewnętrznego repozytorium EDM). [↑](#footnote-ref-2)
3. 4 Pieczęć i podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentowania danego podmiotu. [↑](#footnote-ref-3)