

Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1)

WNIOSEK

do Centrum e-Zdrowia

o nadanie dostępu do <u>środowiska integracyjnego</u> systemu P1¹ 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 CeZ 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 lekarzy i lekarzy dentystów [] system zewnętrzny praktyki pielęgniarek i położnych	

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.





Centrum e-Zdrowia

00-184 Warszawa

ul. Stanisława Dubois 5A

tel.: +48 22 597-09-27 fax: +48 22 597-09-37 biuro@cez.gov.pl | www.cez.gov.pl

NIP: 5251575309 REGON: 001377706







Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1)

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
[] System zewnętrzny podmiotu wykonującego działalność leczniczą posiadający repozytorium EDM ³
Email na który należy przekazać dane dostępowe:
Numer telefonu na który wysłany zostanie SMS z kodami dostępowymi:

NIP: 5251575309

REGON: 001377706









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).



Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1)

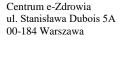
III. OŚWIADCZENIA:

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

Oświadczam, że środowisko integracyjne systemu P1 <u>nie będzie</u> 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 reprezentacji³):		
1.		
••••••	(miejscowość, data)	
		(czytelny podpis osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy ⁴)

 $^{^4\,}$ Pieczęć i podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentowania danego podmiotu.



tel.: +48 22 597-09-27 fax: +48 22 597-09-37 biuro@cez.gov.pl | www.cez.gov.pl

NIP: 5251575309 REGON: 001377706





