

WNIOSEK
do Centrum e-Zdrowia
o nadanie dostępu do środowiska integracyjnego 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 wewnętrzny 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.

SEKCJA B: dane dostępne 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 leczniczą²
- ☐ System zewnętrzny podmiotu wykonującego działalność leczniczą posiadający repozytorium EDM³

Email na który należy przekazać dane dostępne:

Numer telefonu na który wysłany zostanie SMS z kodami dostępowymi:

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).

III. OŚWIADCZENIA:

Oświadczam, że uzyskane dane dostępne 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 reprezentacji³):

1.

.....

(miejscowość, data)

.....

.....

(czytelny podpis osób uprawnionych do reprezentowania Wnioskodawcy⁴)

⁴ Pieczęć i podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentowania danego podmiotu.