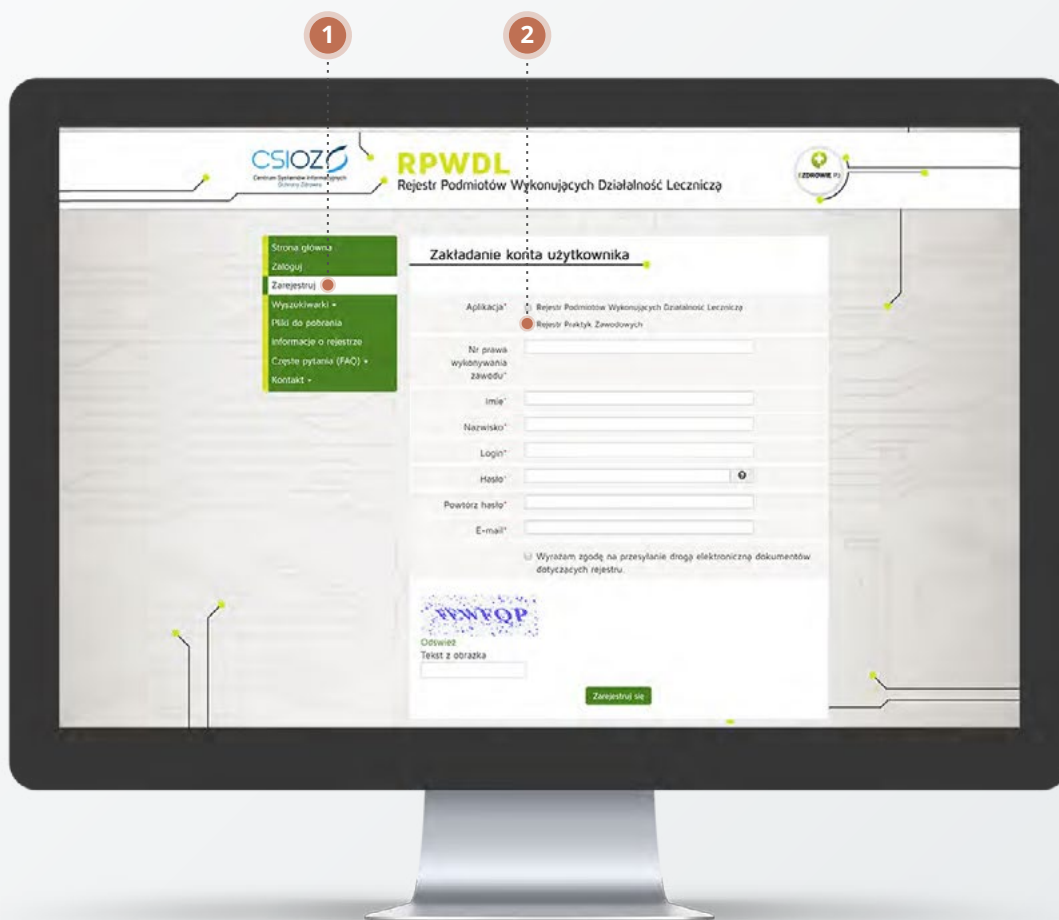


REJESTRACJA PRAKTYKI ZAWODOWEJ

Rejestracja praktyki zawodowej odbywa się za pośrednictwem strony <https://rpwdl.csioz.gov.pl/>

Po wejściu na stronę wybierz „Zarejestruj”, a następnie aplikację „Rejestr praktyk zawodowych”.



- Wpisz wymagane do rejestracji dane, zapamiętaj swój login i hasło.
- Po założeniu konta zaloguj się na swoją skrzynkę e-mail i **potwierdź założenie konta** poprzez kliknięcie w link aktywacyjny przesłany z systemu.

Uwagi:

1. Osoby które posiadają jedno lub dwucyfrowy numer pwz poprzedzają go jednym lub dwoma zerami, tak by numer był 3 cyfrowy, np. 001, 010
2. Login można wpisać dowolny, należy go jednak zapamiętać.

- Zaloguj się na konto w RPWDL używając podanych podczas rejestracji loginu i hasła.



Rozpocznij rejestrację praktyki.

- Wybierz pole „Utwórz wniosek praktyka fizjoterapeutyczna”.
- Następnie w zależności od rodzaju praktyki wybierz wniosek o rejestrację praktyki indywidualnej lub grupowej. Poniższa instrukcja dotyczy rejestracji praktyki indywidualnej.



- Wniosek składa się z 4 zakładek:
 1. Praktyka
 2. Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań
 3. Załączniki
 4. Informacje dodatkowe
- Każda z zakładek musi zostać wypełniona.
- Każda zakładka posiada przyciski, służące poruszaniu się po wniosku
 - **Dalej** – przejście do następnej zakładki
 - **Wstecz** – przejście do poprzedniej zakładki
 - **Wyjdź** – wyjście z wniosku z lub bez zapisywania
 - **Zapisz do roboczych** – możliwość zapisania wniosku i dokończenia go w innym terminie
 - **Zatwierdź do podpisu** – przejście do podpisania wniosku, celem jego wysłania

WYPEŁNIANIE ZAKŁADEK **Zakładka Praktyka**

- Wypełnij rubryki dotyczące danych osoby prowadzącej praktykę. Pola zaznaczone czerwoną gwiazdką są obowiązkowe.

Uwagi:

1. **Pola dotyczące imion, nazwiska, tytułu zawodowego, numeru prawa wykonywania zawodu** – podaj dane, które figurują w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów, numer prawa składa się z minimum 3 cyfr, np. 001, 010, 64127.
 2. **NIP** – podaj NIP swojej działalności gospodarczej.
 3. **Adres do korespondencji** – wybierając przycisk „pobierz dane z CEIDG” system pobierze dane adresowe Twojej działalności gospodarczej, możesz jednak wpisać inny adres korespondencyjny.
- Następnie zaznacz rodzaj praktyki. Wybór dotyczy 3 rodzajów praktyk:



indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w zakładzie leczniczym – jest to praktyka prowadzona w zakładzie leczniczym na podstawie zawartej umowy;



indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna wyłącznie w miejscu wezwania – jest to praktyka, której właściciel nie posiada gabinetu, świadczeń udziela np. u pacjenta w domu;



indywidualna praktyka fizjoterapeutyczna – jest to praktyka, którą wykonuje się we własnym gabinecie, dostosowanym do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

W przypadku rejestracji dwóch rodzajów praktyki np. 93 i 95 należy zaznaczyć oba rodzaje.

- W polu data rozpoczęcia działalności leczniczej wprowadź planowaną datę rozpoczęcia działalności.
 - Jeśli działalność planujesz rozpocząć np. za 2 miesiące – podaj **tę datę**.
 - Jeśli działalność planujesz rozpocząć „od zaraz” lub prowadzisz ją cały czas, wpisz **datę bieżącą**.



WYPEŁNIANIE ZAKŁADEK

Zakładka adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań

Użyj przycisku „**dodaj adres i zakres świadczeń**”.

Wprowadzenie wniosku o wpis do rejestru

Nr wniosku:

Uwaga Informujemy, że na podstawie danych udostępnionych przez GUS, zaktualizowany został słownik TERYT. W aktualnym słowniku zmienione zostały nazwy gmin z np. "m. Gdańsk" na "Gdańsk". W związku z powyższym, chcąc uzyskać w systemie podpowiedź dla nazwy gminy tego typu, należy wpisywać pierwsze litery nowych nazw gmin z pominięciem ciągu "m".
W związku z udostępnieniem opcji podpowiadania danych adresowych z rejestru TERYT, prosimy o wprowadzanie/korygowanie nazw ulic wg podpowieści sugerowanych 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 do roboczych Zatwierdź do podpisu

praktyka **93 - indywidualna praktyka fizjoterape...** Załączniki Informacje dodatkowe

Adresy miejsc udzielania świadczeń

Lp.	Rodzaj praktyki	Adres	Akcje
Ewal: danych			

Dodaj adres i zakres świadczeń

Wstecz Dalej Wyjdź Zapisz do roboczych Zatwierdź do podpisu

Wybierz rodzaj praktyki dla której podajesz miejsce udzielania świadczeń, następnie wypełnij pola dotyczące rodzaju i zakresu świadczeń wpisując „**TAK**” lub „**NIE**”.

Adres miejsca udzielania świadczeń

Rodzaj praktyki fizjoterapeutycznej: 93 - indywidualna praktyka fizjoterape...

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych
wypełnić dla każdego rodzaju praktyki i miejsca

Diagnostycznych: tak

Leczniczych: tak

Rehabilitacyjnych: nie

Edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia: nie

Innych: nie

Adres miejsca udzielania świadczeń
zdrowotnych

Znajdź zakład leczniczy

Numer REGON	<input type="text"/>
Nazwa zakładu leczniczego	<input type="text"/>
Kod terytorialny*	<input type="text" value="Kod terytorialny"/>
Województwo*	<input type="text" value="---"/>
Wyszukiwanie miejscowości	<input type="text" value="Nazwa miejscowości"/>
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="Numer budynku"/> <input type="text" value="Numer lokalu"/>
Telefon*	<input type="text" value="Telefon"/>
E-mail*	<input type="text" value="E-mail"/>
Adres strony internetowej	<input type="text" value="Adres strony internetowej"/>

WYPEŁNIANIE ZAKŁADEK

Zakładka adresu udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań

- Poniżej podajemy definicje poszczególnych rodzajów świadczeń:

-świadczenia diagnostyczne – wywiad i badanie fizykalne mające na celu zaplanowanie dalszej fizjoterapii oraz wyznaczenie jej celu, diagnostyka z wykorzystaniem różnego rodzaju aparatury diagnostycznej niezbędnej do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta;

-świadczenia lecznicze – wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających na ukierunkowanych działaniach zgodnych z planem oraz celem fizjoterapii - tutaj zwierają się wszelkie działania fizjoterapeutyczne, wszystkie terapie i metody;

-świadczenia rehabilitacyjne - powrót do pracy, hobby, itp.;

-świadczenia edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia - fizjoprofilaktyka pierwotna, fizjoprofilaktyka wtórna, fizjoprofilaktyka trzeciej fazy, działania profilaktyczne oraz edukacyjne skupione na uświadomieniu pacjenta oraz nauka w jaki sposób bezpiecznie powrócić do aktywności dnia codziennego lub sportu/pracy/i in. również dieta, profilaktyczny rodzaj aktywności.

- **Poniżej wpisz dane adresowe.**

-W przypadku praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w podmiocie leczniczym (93) wypełnij dane dotyczące podmiotu leczniczego, z którym zawarłeś umowę (możesz skorzystać z wyszukiwarki wybierając przycisk „Znajdź zakład leczniczy”).

-W przypadku praktyki fizjoterapeutycznej wyłącznie w miejscu wezwania (95) podaj 2 adresy: adres miejsca przyjmowania wezwań oraz adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej. Możesz skorzystać z przycisku „skopiuj adres praktyki” jeśli adres korespondencyjny, który podałeś w zakładce praktyka jest taki sam.

-W przypadku indywidualnej praktyki fizjoterapeutycznej (98) podaj adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. Możesz skorzystać z przycisku „skopiuj adres praktyki” jeśli adres korespondencyjny, który podałeś w zakładce praktyka jest taki sam.

- Po wypełnieniu pól dotyczących adresów wybierz przycisk „dodaj” i przejdź do kolejnej zakładki.

WYPEŁNIANIE ZAKŁADEK Zakładka Załączniki

- Dodaj załącznik do wniosku w postaci:

Skanu potwierdzenia płatności za wpis do rejestru praktyk w wysokości 104 zł.

Opłatę należy wnieść na indywidualny numer konta, który uzyskano podczas rejestracji do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów. Jest to ten sam numer konta, na który wnoszone są opłaty za składki członkowskie w Krajowej Izbie Fizjoterapeutów.

W tytule przelewu należy wpisać „imię nazwisko, nr pwz ...,
opłata za wpis do rejestru praktyk zawodowych”.

Z opłaty zwolnieni są fizjoterapeuci, którzy uzyskali wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą po dniu wejścia w życie ustawy z dnia 25 września 2015 r.

o zawodzie fizjoterapeuty (Dz. U. z 2018 r. poz. 505, z późn. zm.), pod warunkiem złożenia wniosku o wykreślenie podmiotu leczniczego z tego rejestru i dołączenie **skanu potwierdzenia złożenia wniosku o wykreślenie podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów leczniczych.**

- W celu dodania załącznika, należy wskazać odpowiedni plik za pomocą przycisku "**wybierz plik**", w kolejnym kroku wybrać przycisk "**otwórz**", a następnie uzupełnić opis załącznika i wybrać opcję "**dodaj**". Dodany załącznik pojawi się na liście załączników.
- Po dodaniu załącznika przejdź do kolejnej zakładki.

WYPEŁNIANIE ZAKŁADEK Zakładka Informacje dodatkowe

praktyka® Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wozwów Załączniki **Informacje dodatkowe**

Informacje dodatkowe

Data złożenia wniosku* 2019-03-04

Osoba składająca wniosek

Imię* Jan

Nazwisko* Kowalski

E-mail* jak.kowalski@email.pl

Organ rejestrowy, do którego kierowany jest wniosek

Krajowa Rada Fizjoterapeutów

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) znane mi są 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 do roboczych **Zatwierdź do podpisu**

- W zakładce informacje dodatkowe należy:
 1. Sprawdzić poprawność danych, które wypełniły się w sposób automatyczny tj. imię, nazwisko, email, data (bieżąca).
 2. Odznaczyć właściwe oświadczenia.
- Następnie kliknij „**zatwierdź do podpisu**”.

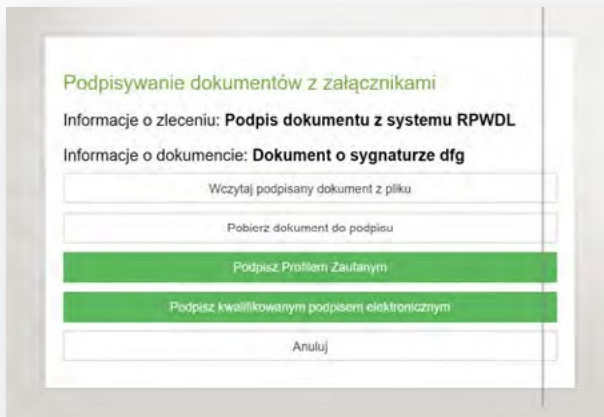
Wyświetlą się następujące opcje do wyboru:

1. **Modyfikuj wniosek** – jeśli chcesz poprawić wniosek,
2. **Wydruk pełny** – jeśli chcesz wydrukować wniosek,
3. **Wydruk częściowy** – jeśli chcesz wdrukować wniosek,
4. **Zobacz załączniki wniosku** – jeśli chcesz sprawdzić załączniki wniosku,
5. **Zweryfikuj wniosek – jeśli chcesz przejść do podpisania wniosku,**
6. **Usuń wniosek** – jeśli chcesz usunąć wniosek,
7. **Pobierz wniosek** – jeśli chcesz pobrać wniosek,
8. **Powrót do strony startowej.**

- Na kolejnym etapie pojawią się powyższe opcje oraz dodatkowa:

9. Podpisz elektronicznie – wybierz tę opcję aby złożyć podpis pod wnioskiem.

Wyświetli się Twój wniosek. Masz ponownie możliwość sprawdzenia poprawności danych, wybierz „**podpisz**”. Na kolejnej stronie wyświetli się strona z możliwością wyboru sposobu podpisu dokumentu.



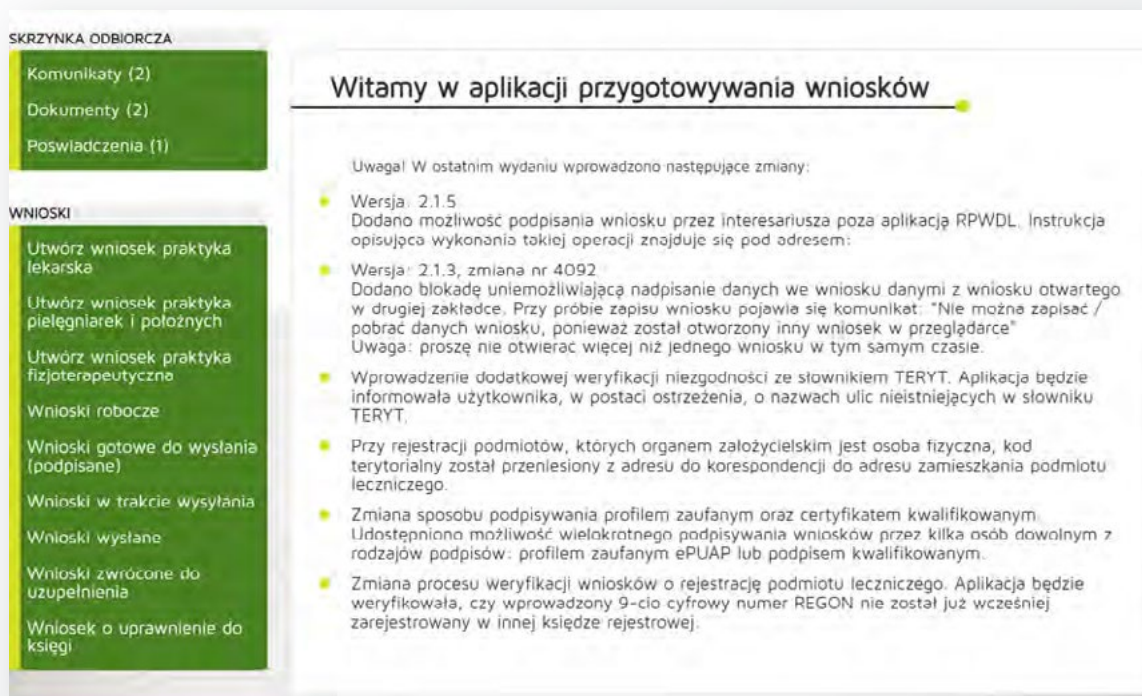
- W zależności od rodzaju podpisu elektronicznego, z jakiego chcesz skorzystać wybierz „**Podpisz Profilem Zaufanym**” lub „**Podpisz kwalifikowanym podpisem elektronicznym**”. System przekieruje Cię na stronę wybranego narzędzia. Podpisz wniosek, nastąpi przekierowanie do strony rejestru, gdzie należy wybrać opcję „**Wyślij wniosek**”.

- Następnie wybierz „**Podpisz profilem zaufanym**” - wniosek o wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zostanie podpisany i nastąpi przekierowanie do strony rejestru, gdzie należy wybrać opcję „**Wyślij wniosek**”.

**Wniosek zostanie przesłany do Krajowej Rady Fizjoterapeutów.
Pracownicy rejestru zweryfikują wniosek.**

- Jeśli wniosek zostanie zweryfikowany jako **kompletny**, w przeciągu 30 dni od wpływu wniosku Twoja praktyka zostanie zarejestrowana w rejestrze a zaświadczenie o wpisie zostanie wysłane na podany we wniosku adres poczty elektronicznej oraz dostępne będzie na koncie <https://rpwdl.csioz.gov.pl/> w zakładce „**zaświadczenia praktyk fizjoterapeutycznych**”.

- Jeżeli wniosek zostanie zweryfikowany jako **niekompletny** lub **niepoprawnie wypełniony**, w przeciągu 7 dni od wpływu wniosków zostanie zwrócony wraz wezwaniem do uzupełnienia braków. Wiadomość będzie widoczna w zakładce „**dokumenty**”.



- Aby poprawić wniosek i wysłać go ponownie należy wybrać opcję „**wnioski zwrócone do uzupełnienia**”, później „**przywróć wniosek do stanu roboczego**”, a następnie „**modyfikuj wniosek**” i należy wprowadzić wymagane zmiany. W tym celu postępuj w sposób opisany od początku niniejszej instrukcji.

Zapraszamy do zapoznania się z najczęściej zadawanymi **pytaniami i odpowiedziami** na stronie <https://pomoc.kif.info.pl/category/dzialalnosc-lecznicza-praktyki-zawodowej/>

W przypadku pytań zapraszamy do kontaktu mailowego na adres:

praktyka.zawodowa@kif.info.pl

lub telefonicznego **22 230 2015** lub **22 230 2016**.