

## INSTRUKCJA PRZEKAZANIA ADRESÓW E-MAIL DO KONTROLI DLA OSÓB UPRAWNIONYCH DO WYSTAWIANIA RECEPT LECZNIKOWYCH

Niniejsza instrukcja dotyczy wyłącznie osób posiadających aktywny dostęp do Systemu Numerowania Recept Lekarskich

W celu spełnienia obowiązku przekazania adresu elektronicznego lub adresu skrzynki podawczej podmiotu publicznego, na który będzie doręczana korespondencja dot. zadań wynikających z działu IIIa i art. 173 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych należy:

1. Zalogować się do Systemu Numerowania Recept Lekarskich pod adresem: <https://sds.nfz-olsztyn.pl/ap-recepty/>

Recepty x +

https://sds.nfz-olsztyn.pl/ap-recepty/

**NFZ** WARMIŃSKO-MAZURSKI  
Narodowy Fundusz Zdrowia Oddział Wojewódzki  
w Olsztynie

**Logowanie**

System Numerowania Recept (SNRL)  
Portal Personelu

PIN:

Hasło:

Akceptuj

[Przypomnij mi hasło](#)

[Przeczytaj, zanim rozpoczniesz pracę w Systemie Numerowania Recept \(SNRL\)/Portalu Personelu {więcej...}](#)

[Instrukcje obsługi Systemu Numerowania Recept \(SNRL\)/Portalu Personelu {więcej...}](#)

[Zgubiłeś, bądź zapomniałeś swój PIN/hasło {więcej...} {wniosek o nowe hasło dla świadczeniodawcy} {wniosek o nowe hasło dla pracownika medycznego}](#)

[Wniosek o dostęp do Portalu {formularz wniosku dla pracownika}](#)

2. Wejść w zakładkę Moje dane -> Dane osobowe -> Adres e-mail dotyczący kontroli

**Komunikaty Moje dane Wnioski Recepty Współpraca z NFZ**

**Osoba persone** **Dane osobowe**

Imię i nazwisko:

Numer prawa wy:

**Działalność lecznicza**

**Miejsca**

**Zatrudnienie**

**Moje dane**

[zwiń](#) **Dane podstawowe**

PESEL:

Kod techniczny:

Imię:

Drugie imię:

Nazwisko:

Numer telefonu:

Adres e-mail:

Data zgonu:


Adres e-mail dotyczący kontroli:  **Tu należy wpisać adres e-mail**

Adres elektronicznej skrzynki podawczej:

3. Uzpełnić adres e-mail. Adres elektronicznej skrzynki podawczej (EPUAP) naleŹy wpisać **wyłącznie** w przypadku jego posiadania. **Nie naleŹy wpisywać w tym polu adresu e-mail.** W przypadku braku adresu EPUAP, naleŹy pozostawić **puste pole.**

**Komunikaty** **Moje dane** **Wnioski** **Recepty** **Współpraca z NFZ** **Statystyka** **Administracja** **System**

**Osoba personelu:**  
Imię i nazwisko:  
Numer prawa wyk. zawodu:

 Brak adresów elektronicznych. Proszę uzupełnić dane. [Przejdź do danych osoby personelu](#)

### (1) Uzpełnianie danych - adresów elektronicznych


Adresy elektroniczne, na które będzie doręczana korespondencja w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Adres e-mail: \*

Adres elektronicznej skrzynki podawczej:

Narodowy Fundusz Zdrowia zastrzega sobie prawo wykorzystywania otrzymanych adresów elektronicznych również do komunikacji wykraczającej poza ramy doręczania korespondencji w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy.


Podstawa prawna:  
Dział IIIA i art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1373).  
Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 21 lutego 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 399).

 Uzupełnienie powyższych danych jest operacją jednorazową. W przypadku konieczności ich zmiany naleŹy skontaktować się z OW NFZ.

\* pola wymagane

**Komunikaty** **Moje dane** **Wnioski** **Recepty** **Współpraca z NFZ** **Statystyka** **Administracja** **System**

**Osoba personelu:**  
Imię i nazwisko:  
Numer prawa wyk. zawodu:

 Brak adresów elektronicznych. Proszę uzupełnić dane. [Przejdź do danych osoby personelu](#)

### (1) Uzpełnianie danych - adresów elektronicznych


Adresy elektroniczne, na które będzie doręczana korespondencja w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Adres e-mail: \*

Adres elektronicznej skrzynki podawczej:

Narodowy Fundusz Zdrowia zastrzega sobie prawo wykorzystywania otrzymanych adresów elektronicznych również do komunikacji wykraczającej poza ramy doręczania korespondencji w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy.

Podstawa prawna:  
Dział IIIA i art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1373).  
Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 21 lutego 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 399).


 Uzupełnienie powyższych danych jest operacją jednorazową. W przypadku konieczności ich zmiany naleŹy skontaktować się z OW NFZ.

\* pola wymagane

## Osoba personelu:

Imię i nazwisko:

Numer prawa wyk. zawodu:

 Brak adresów elektronicznych. Proszę uzupełnić dane. [Przejdź do danych osoby personelu](#)

**(1) Uzupełnianie danych - adresów elektronicznych**

Adresy elektroniczne, na które będzie doręczana korespondencja w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Adres e-mail: \*

Adres elektronicznej skrzynki podawczej:

Narodowy Fundusz Zdrowia zastrzega sobie prawo wykorzystywania otrzymanych adresów elektronicznych również do komunikacji wykraczającej poza ramy doręczania korespondencji w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy.

Podstawa prawna:

Dział IIIA i art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1373).

Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 21 lutego 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 399).



Uzupełnienie powyższych danych jest operacją jednorazową. W przypadku konieczności ich zmiany należy skontaktować się z OW NFZ.

\* pola wymagane

Anuluj


Zatwierdź →

## 4. Zatwierdzić wprowadzone zmiany

## Osoba personelu:

Imię i nazwisko:

Numer prawa wyk. zawodu:

 Brak adresów elektronicznych. Proszę uzupełnić dane. [Przejdź do danych osoby personelu](#)

**(1) Uzupełnianie danych - adresów elektronicznych**

Adresy elektroniczne, na które będzie doręczana korespondencja w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Adres e-mail: \*

Adres elektronicznej skrzynki podawczej:

Narodowy Fundusz Zdrowia zastrzega sobie prawo wykorzystywania otrzymanych adresów elektronicznych również do komunikacji wykraczającej poza ramy doręczania korespondencji w celu realizacji zadań, o których mowa w dziale IIIA i art. 173 ustawy.

Podstawa prawna:

Dział IIIA i art. 173 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2019 r. poz. 1373).

Ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw z dnia 21 lutego 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 399).



Uzupełnienie powyższych danych jest operacją jednorazową. W przypadku konieczności ich zmiany należy skontaktować się z OW NFZ.

\* pola wymagane

Anuluj

Zatwierdź →