Procedura zakładania kont i nadawania uprawnień w SMZ – Administrator Lokalny w podmiocie leczniczym i pracownicy usługodawcy (PWDL)





UNIA EUROPEJSKA EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO



# **SPIS TREŚCI**

I. Zakładanie kont w SMZ 3 II. Pierwsze logowanie do SMZ 5 III. Wnioskowanie o nadanie uprawnień dla UŻYTKOWNIKA SYSTEMU SMZ 9 IV. Zarządzanie wnioskami – przeglądanie swoich wniosków 18 V. Zarządzanie wnioskami – Akceptowanie/odrzucanie wniosków (rola Administrator Lokalnego)

23

### I. ZAKŁADANIE KONT W SYSTEMIE MONITOROWANIA ZAGROŻEŃ (SMZ)

W celu zalogowania się do aplikacji wymagane jest posiadanie konta na P2 SA. System zakłada, że jeden użytkownik (osoba fizyczna) może posiadać tylko jedno konto. Do każdego konta przypisane zostaną odpowiednie role służące realizacji określonych zadań.

1. W celu założenia konta na P2 SA należy wejść na stronę https://rejestracja.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl/

2. Po wypełnieniu wszystkich pól (login, imię, nazwisko, nr PESEL, e-mail oraz przepisaniu kodu z obrazka) w zaprezentowanym kwestionariuszu, system założy konto na P2. Informacja o założeniu konta zostanie przesłana również na adres mailowy podany w kwestionariuszu rejestracyjnym.

Korzysci z rejestracji.	
Zarejestrowani użytkownicy mają możliwość skła swojego konta w taki sposób aby można było wy podpisywania elektronicznych wniosków. Jeśli n zapraszamy do zapoznania się z krótką instrukcj Zaufanego ePUAP. Więcej informacji nt. Profilu Z	adania elektronicznych wniosków do wybranych rejestrów oraz skonfigurow, ykorzystywać posiadany Profil Zaufany ePUAP do logowania do Platformy or nacie Państwo trudności w założeniu lub korzystaniu z konta na Platformie ją użytkownika. Zachęcamy do rejestracji oraz do wyrobienia sobie Profilu Zaufanego znajdziecie Państwo na stronie www.epuap.gov.pl
	Wszystkie pola są wymagane
Login:	
[miq:	
Nazwisko:	
PESEL	
e-mail:	
Postórz e-mail	
	CGZRC
Przepisz tekst widoczny na obrazku:	
	Zarajestruj

Ryc. 1. Kwestionariusz rejestracyjny w P2 SA.

3. Na podany adres zostanie przesłana wiadomość zawierająca nazwę loginu, tymczasowe hasło oraz adres pod którym możemy zalogować się do systemu P2 SA.

4. Pierwsze logowanie do systemu wymusi na nas zmianę hasła.

5. Po poprawnie utworzonym koncie na P2 SA możemy zalogować się do systemu SMZ.

**UWAGA:** W związku z polityką bezpieczeństwa hasło do systemu P2 należy zmieniać co 30 dni (system wymusi na użytkowniku zmianę hasła).

1. Po uruchomieniu przeglądarki i wpisaniu adresu aplikacji https://smz.ezdrowie.csioz.gov.pl wyświetli się ekran który umożliwi pracę w systemie jako "użytkownik" lub "użytkownik anonimowy". (Ryc. 2)



Ryc. 2. Strona logowania w SMZ

2. Aby powiązać swoje konto P2 z systemem SMZ należy kliknąć w przycisk "Zaloguj". Wówczas nastąpi przeniesienie na ekran logowania z którego należy wybrać opcję "Login/Hasło".

Ø	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia	Pomoc
	Wybierz sposób w jaki chcesz się uwierzytelnić	
	Certyfikat Login/Haslo ePUAP	
	инонисства	
	o zvrz centrum systemow mieniaczysych oceniwy zarować wszewa prawa zastrzeżone. Postal wszółnamowany przez Une Europepta ze kodóba Europekkego Eurobacu Rozwego Reposiklengo tesz bodzelu paletna w ramieh Pogramu Operacyjnych kenowacytru: Ovrupodaka 2007/2011. Princytał 7. Sprkeczeństwa: isłosnacytru – Bodzwa: isłostnecznej administracji "Doracje, na mieniacji" "niestumi w Wrazz przyczbole"	
		sena tal mene tal

Ryc. 3. Uwierzytelnianie w P2 SA

3. Wprowadź login oraz hasło (dane z rozdziału I) do platformy P2 oraz naciśnij przycisk "Dalej".

Uwierz	zytelnienie przy użyciu hasła
	Login Hasło Dalej

Ryc. 4. Uwierzytelnianie w P2 SA przy użyciu hasła

4. Po pozytywnym uwierzytelnieniu nastąpi przekierowanie na stronę startową SMZ.



Ryc. 5 Interfejs strony głównej SMZ

Funkcje dostępne bez uprawnień to:

- Administracja ("Złóż wniosek o uprawnienia" oraz "Przeglądaj wnioski")
- Rejestracja zgłoszeń (NDPL 4 oraz NDPLW)

5. Istnieje możliwość zalogowania się jako użytkownik anonimowy.

Wówczas jedyną możliwą do wykonania funkcją jest możliwość dokonywania zgłoszeń NDPL – Zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego oraz/lub NDPLW – Zgłoszenia niepożądanego działania produktu leczniczego weterynaryjnego.

SMZ - System Monitorowania Zagrożeń	© <sub>Kontrat</sub> K' K A <sub>Colonia</sub> ? <sub>Portoc</sub>
All* + MdX + Algertragic aglasted!         Control	
INNOWACYINA COSPODATION DURING         Innovación duringo         Innovación duringo	

Ryc. 6. Zgłoszenie NDPL oraz/lub NDPLW

Należy pamiętać, aby móc złożyć wniosek o nadanie uprawnień należy zalogować się do systemu.

Funkcjonalność opisana powyżej jest dostępna z poziomu użytkownika anonimowego oraz użytkownika zalogowanego bez uprawnień w SMZ.

### III. WNIOSKOWANIE O NADANIE UPRAWNIEŃ DLA UŻYTKOWNIKA SYSTEMU SMZ

1. Aby złożyć wniosek o nadanie uprawnień należy w menu głównym wybrać moduł "Administracja", a następnie funkcjonalność "Złóż wniosek o uprawnienia".



Ryc. 7. Wnioskowanie o nadawanie uprawnień

2. Z chwilą wybrania funkcjonalności "Złóż wniosek o uprawnienia" pojawi się okno:

<u>י</u> ר ו	- Dane użytkownika		Zwiń –
<u>&gt;</u>	Identyfikator	akoscielniak1	
nistrasja	Imię	Agnieszka	
	Nazwisko	Koscielniak	
	Pracownik medyczny – przedstawicie     Przedstawiciel podmiotu przetwarzaju	i usługodawcy ącego/przeglądającego zgłoszenia (np. PSSE, WSSE, GIS, URPL, NIZP-PZH)	

Ryc. 8. Wybór usługodawcy w kontekście, którego użytkownik występuje o nadanie uprawnień

3. Po wybraniu opcji "Pracownik medyczny - przedstawiciel usługodawcy" wnioskodawca wybiera funkcjonalność "Dodaj usługodawcę".

Złóż wniosek		
r Dane užytkownika		Zwiń
Identyfikator	akoscie Intak 1	
Imic	Agnieszka	
Nazwisko	Koscielniak	
Dane wniosku		<u>Zwiń</u>
Określ w imieniu jakiej organizacji/p	odmiotu występujesz o uprawnienia:	
	den a de car	
Przedstawicie I podmiotu przet warzajac	sugodawcy eeo/przegładaiacego zgłoszenia (np. PSSE, WSSE, GIS, URPL, NIZP-PZH)	

Ryc. 9. Dodawanie podmiotu leczniczego przetwarzającego zgłoszenia

4. W panelu "Wyszukanie usługodawcy" określamy parametry podmiotu leczniczego w którym będziemy pełnili rolę w systemie. Użytkownik zobligowany jest do określenia czy jest to 'podmiot leczniczy' czy 'praktyka zawodowa' oraz uzupełnia danych w dostępnych polach (im większa szczegółowość parametrów wyszukiwania, tym mniejsza liczba rekordów wyświetli się w polu 'Wyszukiwarki'. Kolejno naciskamy przycisk "Wyszukaj".

Złó NIP Kod pocztowy Województwo Powiat Gmina Miejscowość Wybierz TERYT Wyczyść Wyszukaj Wyczyść Wyszukaj Wyszukaj Kod pocztowy Miejscowość Wybierz TERYT Wyczyść Wyszukaj Kod pocztowy Miejscowość Wybierz TERYT Wyczyść Wyszukaj Kod pocztowy Miejscowość Wybierz TERYT Wyczyść Wyszukaj Kod pocztowy Miejscowość Wybierz TERYT Wyczyść Wyszukaj Kod pocztowy NIP & Adres Brak rekordów do wyświetlenia	Złó NIP Kod pocztowy  Województwo Powiat Gmina Wiejscowość Wybierz TERYT Wyczyść Wyszukaj Wyszukaj Kazwa praktyki ô Nr księgi rejestrowej ô Nazwa organu rejestrowego ô NIP ô Adres Brak rekordów do wyświetlenia Katelow Powiat Gram Powi	AIP +	Nazwa praktyki zawodowej	Nr księgi rejestrowej	Kod organu rejestrowego
Województwo     Powiat     Gmina       Miejscowość     Wybierz IERYT       Wyczyść     Wyszukaj       Wyczyść     Wyszukaj       Nazwa praktyki 0     Nr księgi rejestrowej 0     Nazwa organu rejestrowego 0       Nazwa praktyki 0     Nr księgi rejestrowej 0     Nazwa organu rejestrowego 0       Brak rekordów do wyświetlenia     Image: Comparison of the state of t	Ge Ge Województwo Powiat Gmina Miejscowość Wybierz TERYT Wyczyść Wyszukaj Ur  Vyczyść Wyszukaj Ir  Powiat Gmina Ge	Złó	NIP	Kod pocztowy	]
Miejscowość Wybierz TERYT Wyczyść Wyszukaj Wyszukaj Nazwa praktyki 0 Nr księgi rejestrowej 0 Nazwa organu rejestrowego 0 NIP 0 Adres Brak rekordów do wyświetlenia	Miejscowość Wybierz TERYT Wyczyść Wyszukaj Nazwa praktyki © Nr księgi rejestrowej © Nazwa organu rejestrowego © NIP © Adres Brak rekordów do wyświetlenia I < << >>>      I < << >>>>	ſ	Województwo	Powiat	Gmina
Wyczyść Wyszukaj Wyczyść Wyszukaj Nazwa praktyki © Nr księgi rejestrowej © Nazwa organu rejestrowego © NIP © Adres Brak rekordów do wyświetlenia	Wyczyść Wyszukaj Wyczyść Wyszukaj Nazwa praktyki ¢ Nr księgi rejestrowej ¢ Nazwa organu rejestrowego ¢ NIP ¢ Adres Brak rekordów do wyświetlenia re er productional Zamknij		Miejscowość		Mobiler TERVT
C Nazwa praktyki 0 Nr księgi rejestrowej 0 Nazwa organu rejestrowego 0 NIP 0 Adres Brak rekordów do wyświetlenia	C (C	L.			Wyczyść Wyszukaj
Nazwa praktyki © Nr księgi rejestrowej © Nazwa organu rejestrowego © NIP © Adres Brak rekordów do wyświetlenia	Nazwa praktyki ≎ Nr księgi rejestrowegi ≎ Nazwa organu rejestrowego ≎ NIP ≎ Adres Brak rekordów do wyświetlenia	0			
	IX (X) >> 11 Zamknij	Ċ.	Nazwa praktyki   Nr księgi rejestr Brak rekordów do wyświetlenia	rowej C Nazwa organu rejestrowego C	NIP 🌣 Adres
	Zamknij	C -			

Ryc. 10. Wyszukiwanie usługodawcy

5. Aby wybrać rekord wskazujący na Podmiot Leczniczy wykonujący działalność leczniczą w imieniu którego wnioskuje użytkownik, należy nacisnąć funkcję "Wybierz".

podmiot leczniczy	🔿 praktyka zawodov	wa				
AiP >	I leczniczego	Nr księgi rejestrowe	i	Regon podmiot	u leczniczego	
Złó Kod jednostki or	ganizacyjnej	Kod komórki organi:	acyjnej	Kod pocztowy		
T Województwo		Powiat		Gmina		
Mazowieckie Miejscowość						
Garwolin				1	Wybierz TER	rπ
				Wyczyść	Wyszu	ka)
Nazwa podmiotu		2 3 4 5 6 7 Nazwa jednostki organizacyjnej ≎	8 9 10 → Nazwa komórki organizacyjnej ≎		Pelen adres	
Ośrodek Medycyny P Sp. z o. o.	racy 000000008512	"Przychodnia Lekarska VIS"	Pielęgniarska domowa opieka długoterminowa	711684590	08-400 Garwolin, ul. Janusza Korczaka 35/3	Wybie
	0.0				08-400 Garwolin	

Ryc.11. Wybór Usługodawcy

6. Po wybraniu Usługodawcy w imieniu którego będziemy składać wniosek zostaje nam zaprezentowany formularz składania wniosku. (Ryc. 12)

MC	Złóż wniosek	
and the second se		
2	- Dec Addunction	-
\$		
elstracia	ldentyfikator Imle	akoscielniaki. Agnieczka
	Nazwisko	Koscielniak
1	· Dane wniosiau	
ning)	Dure mitolia	<u>4.111</u>
	Określ w imieniu jakiej organizacji/podmiotu wy	stępujesz o uprawnienia:
	Descuberdayou	7.04
	Dane usidgodawcy	<u>Evalit</u>
	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZE SPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI	ZDROWOTNEJ W NOWOGRODŹCU Zakład Opiekuńczo - Leczniczy
	59-730 Nowogrodziec, ul. Cicha 4	
	Określ numer telefonu:	
	Określ numer telefonu: 2 Określ adres email: 2	
	Określ numer telefonu:  Określ adres email: Określ numer prawa wykonywania zawodu:	Określ role o jakie wnioskujesz:
	Określ numer telefonu:  Określ adres email:  Określ numer prawa wykonywania zawodu:  Zabrozia	Określ role o jakie wnioskujesz:
	Określ numer telefonu:          Określ adres email:       Image: Constraint of the second	Określ role o jakie wnioskujesz: Administrator ASI_CSIOZ
	Określ numer telefonu:          Określ odres emoil:       Image: Constraint of the second	Określ role o jakie wnioskujesz: Administrator ASI_CSIOZ GIS_Pracownk MURJAH Bracowski ZE (bracz
	Określ numer telefonu:          Określ adres email:       2         Określ numer prawa wykonywania zawodu:       2         Załącmik       2	Określ role o jakie wnioskujesz: Administrator ASI_CSIOZ GIS_Pracownik NIZP-PZH_Pracownik ZE: Dozór NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdSMP
	Określ numer telefonu:          Określ adres email:       2         Określ numer prawa wykonywania zawodu:       2         Załącznik       2	Określ role o jakie wnioskujesz: Administrator ASI (SlOZ GIS, Pracownik NIZP-PZH_Pracownik ZE: Dozór NIZP-PZH_PRacownik ZE: NZ-SS
	Określ numer telefonu:          Określ adres email:       2         Określ numer prawa wykonywania zawodu:       2         Załącznik       2	Określ role o jakie wnioskujesz: Administrator ASI CSIOZ GIS. Pracownik NIZP-PZH_Pracownik ZE: Dozór NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdSMP NIZP-PZH_Pracownik ZE: MZ-55 NIZP-PZH_Pracownik ZE: NOP
	Określ numer telefonu:          Określ adres email:       2         Określ numer prawa wykonywania zawodu:       2         Załącznik       2	Określ role o jakie wnioskujesz:       Administrator       ASI_CSIOZ       GIS_Pracownik       NIZP+PZH_Pracownik ZE: IDożór       NIZP+PZH_Pracownik ZE: KPCdSMP       NIZP+PZH_Pracownik ZE: NOP       NIZP+PZH_Pracownik ZE: IMZ-55       NIZP+PZH_Pracownik ZE: IMZ-55       NIZP+PZH_Pracownik ZE: IZK/ZLB       Pracownik ZE: IZK/ZLB
	Określ numer telefonu:           Określ adres email:           Określ numer prawa wykonywania zawodu:           Załącznik	Określ role o jakie wnioskujesz:       Administrator       ASI_CSIOZ       GIS_Pracownik       NIZP-PZH_Pracownik ZE: Dozór       NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdsMP       NIZP-PZH_Pracownik ZE: NOP       NIZP-PZH_Pracownik ZE: CLV/ZLB       Pracownik podmiotów niekomercyjnych wykonujacych badania liektw
	Określ numer telefonu:          Określ adres email:       Image: Constraint of the second	Określ role o jakie wnioskujesz:       Administrator       ASI_CSIOZ       GIS_Pracownik       NIZP-PZH_Pracownik ZE: Dozór       NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdSMP       NIZP-PZH_Pracownik ZE: NOP       NIZP-PZH_Pracownik ZE: ZLV/ZLB       Pracownik Demokraty       Pracownik ZE: ZLV/ZLB       Pracownik Demokraty       PSSE_Pracownik (bezDO)
	Określ numer telefonu:          Określ adres email:       Image: Comparison of the second	Określ role o jakie wnioskujesz:         Administrator         ASI. CSIOZ         GIS. Pracownik ZE: Dozór         NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdsMP         NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdsMP         NIZP-PZH_Pracownik ZE: NOP         NIZP-PZH_Pracownik ZE: CLV/ZLB         Pracownik podmiotów nie komercyjnych wykonujacych badania         Iekrów         PSSE_Pracownik (bezDO)
	Określ numer telefonu:          Określ adres email:       Image: Comparison of the second	Określ role o jakie wnioskujesz:         Administrator         Asi _CSIOZ         GIS_Pracownik         GIS_Pracownik ZE: Dozór         NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdSMP         NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdSMP         NIZP-PZH_Pracownik ZE: CDP         NIZP-PZH_Pracownik ZE: ZLV/ZLB         Pracownik ZE: ZLV/ZLB         Pracownik ZE: ZLV/ZLB         Pracownik (bezDO)

Ryc. 12 Formularz składania wniosku

**UWAGA:** Należy zwrócić uwagę czy pole: "Dane usługodawcy" zgadzają się z danymi Usługodawcy w imieniu, którego składamy wniosek. Jeśli nazwa będzie niepoprawna należy ponownie wybrać funkcjonalność "Dodaj usługodawcę" (a następnie postępować z krokami 3, 4, 5).

7. Użytkownik musi uzupełnić pola: "numer telefonu", "adres email", a w przypadku osób które dokonywały będą zgłoszeń "Numeru Prawa Wykonywania Zawodu" (PWZ).

8. Określenie roli o jaką użytkownik wnioskuję w systemie:

#### 8.1. Rola Administrator Lokalny (akceptacja przez Administratora Regionalnego)

Użytkownik zobligowany jest do wybrania roli Administrator oraz zaznaczenia chceckbox'a **"Funkcja administratora Lokalnego"**, bez tego wniosek nie zostanie zaakceptowany przez Administratora Regionalnego.

ane użytkownika			Zwin
dentyfikator			akoscielniaki
miç			Agnieszka
182WISKO			Koscleiniak
ane wniosku			Zwiń
			-11
kreśl w imieniu jakiej organizacj	ji/podn	niotu występujesz o up	rawnienia:
Dane usługodawcy			Zwió –
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZA	AKLADÓ	W OPIEKI ZDROWOTNELW	NOWOGRODŹCU Zakład Opiekuńczo - Leczniczy
	incrib o		
59-730 Nowogrodziec, ul. Cicha 4			
	0		1
Dkreśl numer telefonu:	0	+48 555 888 333	1
Dkreśl numer telefonu: Dkreśl adres email:	8	+48 555 888 333 akoscielniak@przyklad	
Dkreśl numer telefonu: Dkreśl adres email: Dkreśl numer prawa wykonywania awodu:	8	+48 555 888 333 akoscielniak@przyklad 12345678	Określ role o jakie wnioskujesz:
Dkreśl numer telefonu: Dkreśl adres email: Dkreśl numer prawa wykonywania awodu: Załacznik	2	+48 555 888 333 akoscielniak@przyklad 12345678	Określ role o jakie wnioskujesz:
Określ numer telefonu: Określ adres email: Określ numer prawa wykonywania awodu: Zołącznik	8	+48 555 888 333 akoscielniak@przvklad 12345678	Określ role o jakie wnioskujesz:
Określ numer telefonu: Określ adres email: Określ numer prawa wykonywania awodu: Zołącznik	2	+48 555 888 333 akoscielniak@przyklad 123 45678	Określ role o jakie wnioskujesz: Administrator ASI_CSIOZ GIS_Pracownik NI42+2/H Pracownik /L: Dozór
Dkreśl numer telefonu: Dkreśl adres email: Dkreśl numer prawa wykonywania awodu: Zołącznik	2	+48 555 888 333 akoscielniak@przyklad 12345678	Określ role o jakie wnioskujesz:         Administrator         ASI_CSIOZ         GIS_Pracownik         NIZP-YZH_Pracownik ZE: KPCdsMP
Dkreśl numer telefonu: Dkreśl adres email: Dkreśl numer prawa wykonywania awodu: Zołącznik	2	+48 555 888 333 akoscielniak@przyklad 12345678	Określ role o jakie wnioskujesz:         Administrator         ASI_CSIOZ         GIS_Pracownik         NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdsMP         NIZP-PZH_Pracownik ZE: MZ-55
Dkreśl numer telefonu: Dkreśl adres email: Dkreśl numer prawa wykonywania awodu: Załącznik	2	+48 555 888 333 akoscielniak@przyklad 12345678	Określ role o jakie wnioskujesz:         Administrator         ASI_CSIOZ         GIS_Pracownik         NI2P-PZH_Pracownik ZE: KPCdsMP         NI2P-PZH_Pracownik ZE: NZ-55         NI2P-PZH_PROWNIK ZE: NZ-55         NI2P-PZH_PROWNIK ZE: NZ-55
Dkreśl numer telefonu: Dkreśl adres email: Dkreśl numer prawa wykonywania awodu: Załącznik	2	+48 555 888 333 akoscielniak@przyklad 123 45678	Określ role o jakie wnioskujesz: Administrator ASI_CSIOZ GIS_Pracownik NI2P-PZH_Pracownik ZE: VDOZór NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdsMP NIZP-PZH_Pracownik ZE: NZ-55 NIZP-PZH_Pracownik ZE: NDP NIZP-PZH_Pracownik ZE: ZLK/ZLB Pracownik podmictów nie komercyjnych wykonujących badania
Dkreśl numer telefonu: Dkreśl adres email: Dkreśl numer prawa wykonywania awodu: Zołącznik	2	+48 555 888 333 akoscielniak@przvklad 12345678	Określ role o jakie wnioskujesz: Administrator ASI_CSIOZ GIS_Pracownik NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdsMP NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdsMP NIZP-PZH_Pracownik ZE: NOP NIZP-PZH_Pracownik ZE: NOP NIZP-PZH_Pracownik ZE: ZLK/ZLB Pracownik podmiotów nie komercyjnych wykonujacych badania leków
Dkreśl numer telefonu: Dkreśl adres email: Dkreśl numer prawa wykonywania awodu: Zołącznik	0	+48 555 888 333 akoscielniak@przvklad 12345678	Określ role o jakie wnioskujesz: Administrator ASI_CSIOZ GIS_Pracownik NIZP-PZH_Pracownik ZE: Dozór NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdsMP NIZP-PZH_Pracownik ZE: XZ-55 NIZP-PZH_Pracownik ZE: XLYZLB Pracownik podmiotów nie komercyjnych wykonujacych badania leków PSSE Pracownik (bezDO)
Dkreśl numer telefonu: Dkreśl adres email: Dkreśl numer prawa wykonywania awodu: Załącznik	2	+48 555 888 333 akoscielniak@przyklad 12345678	Określ role o jakie wnioskujesz:         Administrator         ASI_CSIOZ         GIS_Pracownik         NIZP-PZH_Pracownik ZE: W2CdsMP         NIZP-PZH_Pracownik ZE: KPCdsMP         NIZP-PZH_Pracownik ZE: M2-55         NIZP-PZH_Pracownik ZE: NOP         NIZP-PZH_Pracownik ZE: ZLK/ZLB         Pracownik podmiotów nie komercyjnych wykonujecych bedenie         leków         PSSE_Pracownik (bezDO)         Funkcja Administratora Lokalnego

Ryc. 13. Formularz składania wniosku jako Administrator Lokalny Usługodawcy

UWAGA: W przypadku PRAKTYKI ZAWODOWEJ, należy zaznaczyć na wniosku dwie role: Administrator oraz jedną z trzech dostępnych ról dla PWDL, czyli: 'PWDL\_lekarz', 'PWDL\_diagnosta laboratoryjny', 'PWDL\_inny pracownik' jak również zaznaczyć checkbox'a "Funkcja administratora lokalnego". Po takim działaniu wniosek bezpośrednio trafi do Administratora Regionalnego. Po akceptacji użytkownik otrzyma dwie role na jednym wniosku.

#### 8.2. Rola PRACOWNIK (akceptacja przez Administratora Lokalnego)

Użytkownik zobligowany jest do wybrania roli z listy dostępnych ról przeznaczonych dla usługodawcy: 'PWDL\_lekarz', 'PWDL\_diagnosta laboratoryjny', 'PWDL\_inny pracownik'.

Dane użytkownika	<u>Zw</u>
Identyfikator	akoscielniak1
Imię	Agnieszka
Nazwisko	Koscielniak
· Dane wniosku	<u>Zw</u>
Określ w imieniu jakiej organizacji/p	odmiotu występujesz o uprawnienia:
C Dane usługodawcy	<u>Zwiň</u>
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZE SPOŁ ZARZ 59-730 Nowogrodzie c, ul. Cicha 4 Określ numer telefonu: Określ adres email:	ADOW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWOGRODZCU Zakład Opiekunczo - Leczniczy +48 555 888 333 akoscielniak@przykład
Określ numer prawa wykonywania	12345678 Okresi role o jakie wnioskujesz:
Określ numer prawa wykonywania zawodu:	
Określ numer prawa wykonywania zawodu: Załą cznik	PSSE_Pracownik (NE)
Określ numer prawa wykonywania zawodu: Załącznik	PSE_Pracownik (NE) PSSE_Pracownik (NSWO) PSSE_Pracownik (RSWO)
Określ numer prawa wykonywania zawodu: Załą cznik	PSSE_Pracownik (NE) PSSE_Pracownik (NSWO) PSSE_Pracownik (SO) PWDL_diagnosta laboratoryjny
Określ numer prawa wykonywania zawodu: Załą cznik	PSSE_Pracownik (NE) PSSE_Pracownik (RSWO) PSSF_Pracownik (SO) PWDL_diagnosta laboratoryjny PWDL_inny pracownik
Określ numer prawa wykonywania zawodu: Załącznik	PSSE_Pracownik (NE) PSSE_Pracownik (RSWO) PSSE_Pracownik (RSWO) PSSE_Pracownik (SO) PWDL_diagnosta laboratoryjny PWDL_inky pracownik PWDL_lekarz URPL_Pracownik (DBL)
Określ numer prawa wykonywania zawodu: Załącznik	PSSE_Pracownik (NE) PSSE_Pracownik (NSWO) PSSE_Pracownik (RSWO) PWDL_diagnosta laboratoryjny PWDL_inny pracownik PWDL_lekarz URPL_Pracownik (DBL) URPL_Pracownik (DML) URPL_Pracownik (DML)
Określ numer prawa wykonywania zawodu: Załącznik	PSSE_Pracownik (NE) PSSE_Pracownik (NSWO) PSSF_Pracownik (RSWO) PWDL_diagnosta laboratoryjny PWDL_inny pracownik PWDL_lekarz URPL_Pracownik (DBL) URPL_Pracownik (DML) URPL_Pracownik (DW) URPL_Pracownik (PL)
Określ numer prawa wykonywania zawodu: Załącznik	PSSE_Pracownik (NE) PSSE_Pracownik (NE) PSSE_Pracownik (RSWO) PSSF_Pracownik (SO) PWDL_diagnosta laboratoryjny PWDL_inny pracownik PWDL_lekarz URPL_Pracownik (DBL) URPL_Pracownik (DBL) URPL_Pracownik (DML) URPL_Pracownik (DW) URPL_Pracownik (PL)
Określ numer prawa wykonywania zawodu: Załącznik	PSSE_Pracownik (W2-95) PSSE_Pracownik (NE) PSSE_Pracownik (RSWO) PSSE_Pracownik (SO) PWDL_diagnosta laboratoryjny PWDL_ding rozownik PWDL_lekarz URPL_Pracownik (DBL) URPL_Pracownik (DBL) URPL_Pracownik (DML) URPL_Pracownik (DML) URPL_Pracownik (PL) URPL_PRACOWNIK (P

Ryc. 14. Wnioskowanie o role dla pracowników

**UWAGA**: System został zaprojektowany w taki sposób by Administrator nie był w stanie samodzielnie nadać sobie samemu uprawnień mimo poprawnie utworzonego wniosku.

W związku z powyższym w przypadku prywatnej **PRAKTYKI ZAWODOWEJ** brak zaznaczenia we wniosku o Administratora Lokalnego dwóch ról: Administrator oraz jedną z trzech dostępnych ról dla PWDL, czyli: **'PWDL\_ lekarz'**, **'PWDL\_diagnosta laboratoryjny'**, **'PWDL\_inny pracownik' oraz check box "Administrator lokalny"**, będzie skutkowało koniecznością ponownego wysłania wniosku o rolę Administratora Lokalnego zgodnie z pkt 8.1.

- 9. Do wypełnionego wniosku należy załączyć niezbędne dokumenty (należy użyć przycisku "Załącznik"):
- 9.1. W przypadku Roli Administratora Lokalnego dokument potwierdzający przypisanie roli administratora przez osobę decyzyjną w placówce. Rodzaj dokumentu określony zostanie przez Administratora Regionalnego ( w sprawie szczegółowych wymagań odnośnie formy i treści załącznika należy kontaktować się z właściwą terytorialnie PSSE, która pełni dla danego podmiotu leczniczego rolę Administratora Regionalnego. CSIOZ udostępni AR wzór wniosku wraz z propozycją procedury obsługi powyższego procesu. Opracowana przez CSIOZ procedura stanowić będzie wyłącznie wskazanie/propozycję dla PSSE, o ostatecznym kształcie wzoru wniosku i procesie jego akceptacji decyduje AR);
- 9.2. W przypadku użytkownika dokument potwierdzający zakres wykonywanych obowiązków w systemie, podpisany przez przełożonego ( w sprawie szczegółowych wymagań odnośnie formy i treści załącznika należy kontaktować się z Aministratorem Lokalnym).
- 10. Ostateczne zatwierdzenie złożenia wniosku odbywa się po użyciu przycisku, Złóż wniosek". Po wykonaniu ww. kroków, będzie on widoczny u administratora instytucji zatwierdzającej. Administrator instytucji zatwierdzającej będzie mógł wówczas obsłużyć taki wniosek.
- 11. Rezygnacja z wypełnienia wniosku możliwa jest dzięki przyciskowi "Anuluj". Jego użycie spowoduje zamknięcie okna tworzenia wniosku oraz bezpowrotne utracenie wprowadzonych danych.
- 12. Po wysłaniu wniosku w prawym górnym rogu ekranu pojawi się komunikat z numerem wysłanego wniosku.

#### **PODSUMOWANIE DZIAŁAŃ:**

Złożony wniosek o nadanie **funkcji Administratora Lokalnego** zostaje przesłany do Administratora Regionalnego (Administratorem Regionalnym jest PSSE w powiecie, właściwym terytorialnie dla składającego wniosek - przykładowo użytkownik składający wniosek o nadanie funkcji Administratora Lokalnego w podmiocie leczniczym znajdującym się w powiecie chrzanowskim, składa wniosek do PSSE w Chrzanowie), natomiast wniosek **bez funkcji** Administratora Lokalnego, a o **użytkownika systemu** zostaje przesłany do Administratora Lokalnego usługodawcy w imieniu, którego użytkownik złożył wniosek. 1. Aby przeglądać swój wniosek o nadanie uprawnień należy w menu głównym wybrać moduł "Administracja", a następnie funkcjonalność "Przeglądaj wnioski".



Ryc. 15. Przeglądanie złożonych wniosków (krok 1)

2. Po wykonaniu kroku nr 1 pojawi się okno "Zarządzaj wnioskami", wówczas należy użyć opcji "Wyszukaj".

::::	AIP > SMZ > Administracja > Wnioski
942	Zarządzaj wnioskami
R	C Kryteria wyszukłwania
Administracja	Numer wniosku Identyfikator utytkownika
R	Status wniosku 👻
Whioshi	wyczyść wyjszukaj
	Numer wniosku ⇔ Identyfikator uzytkownika ⇔ Imię ⇔ Nazwisko ⇔ Organizacja ⇔ Status →
	Brak rekordów do wyświetlenia

Ryc. 16. Przeglądanie złożonych wniosków (krok 2 wyszukiwanie)

3. Na ekranie pojawi się lista wniosków, jakie użytkownik złożył w systemie SMZ. Należy pamiętać, że mamy dostęp tylko i wyłącznie do swoich wniosków.

	a ser construction of the second second					
AP + SMZ + A	dministracja i Wnioski wnioskami					
Zarząuzaj	WINOSKann					
- Vudavia	the second s					
Kryteria	wysukwania				-	WIT
numer Numer	whiosku					
Status	ninglar					
Status	nioska					
a.				Wyczyść	Wyszukaj	
				Wyczyść 📕	Wγszukaj	
			•	Wyczyść	Wyszukaj	
Numer wniosku	identyfikator u≿ytkownika ≎	Imię O	(+) ++ Nazwisko ©	Wyczyść 🚺 🔹 🕬	Wyszukaj Status •	

Ryc. 17. Przeglądanie złożonych wniosków (krok 3 wybór wniosku)

4. Podgląd do szczegółowych danych w naszym wniosku otrzymujemy po użyciu 'czarnego trójkącika' przy wniosku i wybraniu opcji "Podgląd".

AIP → SMZ	Administracja + Wnioski				
Zarządz	aj wnioskami				
Num	ria wyszukiwania				
Administracija	yfikator użytkownika				
Admentraga Iden Statu	yfikator użytkownika is wniosku				
Administragio Iden Statu Uministi	tyfikator użytkownika is wniosku			• Wxczyść	Wyszukaj
Adventerings Universit	tyfikator užytkownika is wniosku			Wicrist	Wyszukaj
Amountergy I den State Unicesi	ryfikator utytkownika is wniośku cf ku ldentyfikator utytkownika 2	imiç ‡	Nazwisko ¢	Wuczyść Wuczyść Organizacja ‡	Wyszukaj Status A

Ryc. 18. Przeglądanie złożonych wniosków (krok 4 podgląd wniosku)

5. W oknie pojawi się podgląd naszego wniosku. Wniosku, nie możemy edytować oraz zmieniać. Jedynymi dostępnymi opcjami są "Drukuj" lub "Powrót".

AIP + SMZ + Administracja + Wnioski		
Zarządzaj wnioskami		
Dane użytkownika		<u>Zwiń</u> –
Identyfikator:	akoscielniak1	
imię:	Agnieszka	
Nazwisko:	Koscielniak	
Numer PWZ:	123456	
Numer telefonu:	+48 123 456 789	
Adres email:	akoscielniak@przyklad.pl	
Liene wniosku		<u>2win</u> 7
Numer.	2016/166	
Status.	OCZEKUJE	
Wskazane role oraz dane wnic	oskođawcy	Zwiń –
Administrator	Załącznik: 1.png Pobierz	
+ Funkcia Administratora Lol	kalnezo	
	an ray a	
200 - 200 m		7-722
- Dane usługodawcy -		Zwiń 🗆
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZES	SPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWOGRODŹCU Zakład Opiekuńcze Leczniczy	
59-730 Nowogrodziec, ul. Cicha	34	

Ryc. 19. Przeglądanie złożonych wniosków (krok 4 szczegółowe dane z wniosku)

UWAGA: proszę zwrócić uwagę, jaki status ma wniosek.

Dostępne statusy:

- Oczekuje (wniosek oczekuje na akceptację Administratora),
- Zaakceptowany (wniosek zaakceptowany. Zostały nadane nam wnioskowane role w systemie),
- Odrzucony (wniosek został odrzucony przez Administratora).

## V. ZARZĄDZANIE WNIOSKAMI – AKCEPTOWANIE/ODRZUCANIE WNIOSKÓW (ROLA ADMINISTRATORA LOKALNEGO)

1. Aby przeglądać wnioski o nadanie uprawnień w organizacji należy w menu głównym wybrać moduł "Administracja", a następnie funkcjonalność "Przeglądaj wnioski".



Ryc. 20. Zarządzanie wnioskami (krok 1 przegląd wniosków)

2. Po wykonaniu kroku nr 1 pojawi się okno "Zarządzaj wnioskami", wówczas należy użyć opcji "Wyszukaj".

	AiP + SMZ + Administracja + Wnie	oski				
SMZ	Zarządzaj wnioskami					
য	Kryteria wyszukiwania				Zwiń –	
Administracja	Numer wniosku	[				
	Identyfikator użytkownika					
	Status Willoshu	L				
Whiteshi				Wyczyść Wy:	szukaj	
	Numer wniosku 🌣	Identyfikator użytkownika 🌣	Imię O Nazwisko O	Organizacja 🌣 Sta	tus +	

Ryc. 21. Zarządzanie wnioskami (krok 2 wyszukiwanie wniosków)

- 3. Na ekranie pojawi się lista wniosków. Widoczne wnioski to:
- własne wysłane wnioski,
- wnioski od użytkowników wnioskujących o rolę pracownika usługodawcy.

4. Akceptacja wniosków rozpoczyna się poprzez naciśnięcie 'czarnego trójkącika' przy wniosku ze statusem oczekuje oraz użyciu funkcji "Podgląd".

	AP SMZ Adr	ministracja > Wnioski				
	Zarządzaj w	nioskami				
NM2	141 142					
যি	C Kryteria w	yszukiwania				Zwin
	Numer wr	niosku				
Administracja	Identyfika	tor uzytkownika				
3	Status wn	iosku				
					WNE7V\$#	Wyszukaj
Winters					C. LONGTHER	0.0400000000
Wnatels						
Winterfile		F m market		88		
Winersto	Numer wniosku	ldentylikator użytkownika ≎	Imic 0	Nazwisko ©	Organizacja 🤉	Status -

Ryc. 22. Zarządzanie wnioskami (podgląd)

5. W oknie pojawi się podgląd wniosku. Możliwe opcje to: "Potwierdź", "Odrzuć" lub "Drukuj".

**UWAGA:** Należy pamiętać, że akceptować możemy wnioski tylko w statusie Oczekuje. Dlatego ważne jest, aby sprawdzić jaki status ma wniosek oraz czy wnioskowane role są poprawne i przeznaczone dla konkretnego użytkownika.

Dane użytkownika	۲۰۵۴
Identificator:	
Imie:	
Nazwisko:	Koscielniak
Numer PWZ:	123456
Numer telefonu:	+48 123 456 789
Adres email:	akoscielniak@przyklad.pl
Numer: Status: Wskazane role oraz dane wnioskodawcy PWDL_lekarz	2016/166 OCZEKUJE Załącznik: 1.png Pobierz
Dane usługodawcy SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁ 59-730 Nowogrodziec, ul. Cicha 4	Zwiń ADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W NOWOGRODŹCU Zakład Opiekuńczo - Leczniczy Drukuj

Ryc. 23. Zarządzanie wnioskami (krok 4 zatwierdzenie/odrzucenie wniosku)

6. W przypadku stwierdzenia braku poprawności w złożonym wniosku (nie ma poprawnych załączników lub użytkownik nie zawnioskował o swoją rolę), taki wniosek administrator zobowiązany jest odrzucić za pomocą funkcji "Odrzuć" oraz koniecznie uzupełnić pole "Przyczyny odrzucenia". Wówczas wniosek otrzymuje status "Odrzucony". Podany powód odrzucenia będzie widoczny dla wnioskodawcy.

ſ	Odrzucenie wniosku	×
	Przyczyna odrzucenia:	
ji -	1	
wie		
		Zapisz Zamknij
a		

Ryc. 24. Zarządzanie wnioskami (uzasadnienie odrzucenia wniosku)







UNIA EUROPEJSKA EUROPEJSKI FUNDUSZ ROZWOJU REGIONALNEGO

