



Podręcznik użytkownika Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Pracownik Medyczny

Spis treści

1.	Słownik pojęć i skrótów.....	3
2.	Pierwsze logowanie.....	4
3.	Strona główna.....	10
4.	Budowa systemu.....	12
4.1.	Wnioski.....	12
4.2.	Aktywne wnioski	13
4.3.	Archiwalne wnioski.....	14
4.4.	Szczegóły wniosku	14
4.5.	Wpisy w rejestrze	16
4.6.	Aktualne wpisy	16
4.7.	Archiwalne wpisy.....	17
4.8.	Szczegóły wpisu	17
4.9.	Kształcenie.....	19
4.10.	Moje konto	20
4.11.	Powiadomienia.....	22
5.	Wniosek o wpis do rejestru	23
6.	Opłata wniosku.....	35
7.	Wniosek o aktualizację wpisu	37
8.	Generowanie zaświadczenia o wpisie	43
9.	Edytowanie adresu zamieszkania	45
10.	Poprawienie wniosku	49
11.	Wyszukaj powiadomienie.....	54
12.	Wylogowanie	56

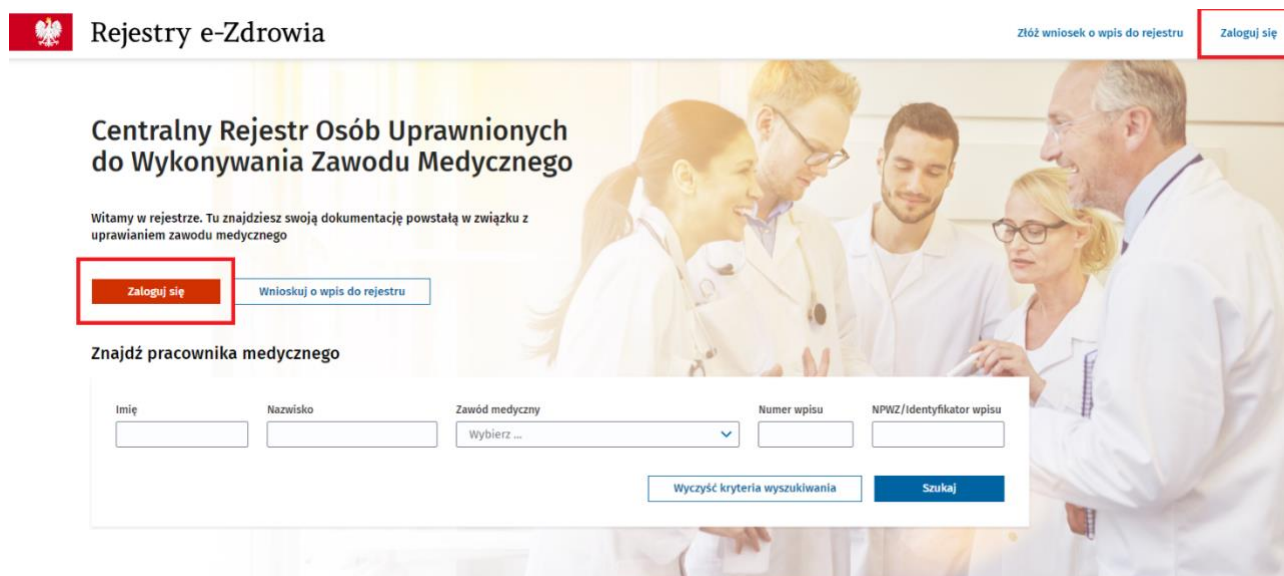
1. Słownik pojęć i skrótów

- **Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego** – zwany dalej Rejestrem,
- **CeZ** - Centrum e-Zdrowia
- **UW** - Urząd Wojewódzki – w kontekście Rejestru, Urzędy Wojewódzkie są wskazane przez ustawę jako jedyne podmioty dokonujące wpisów, aktualizacji oraz skreśleń
- **eGate** – platforma wspierająca składanie i weryfikację elektronicznych podpisów kwalifikowanych

2. Pierwsze logowanie

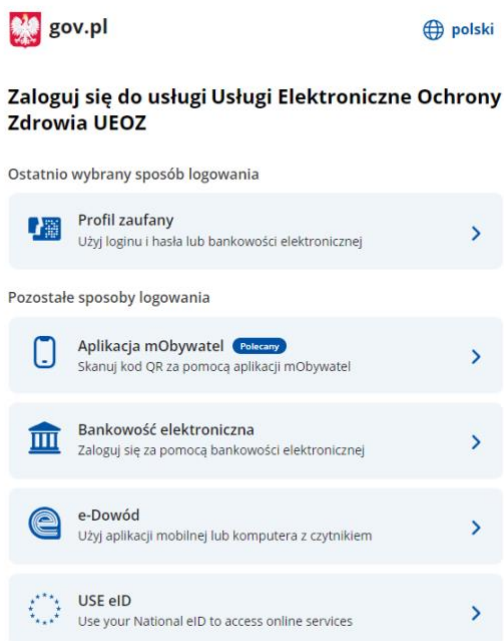
Krok 1. Wpisz w przeglądarce <https://rizm.ezdrowie.gov.pl/>

Krok 2. Kliknij w przycisk „Zaloguj się” (dowolny – na środku strony lub w górnym prawym rogu).



Krok 3. Wybierz sposób logowania spośród dostępnych opcji:

- profil zaufany,
- aplikacja mObywatel,
- bankowość elektroniczna,
- e-Dowód lub USE eID.



Krok 4. Podaj swój adres e-mail.

Systemy e-Zdrowia Jak korzystać z UEOZ Pytania i odpowiedzi

Strona główna » Zaktualizuj informacje konta

Zaktualizuj informacje konta

Wypełnij formularz

Imię	Nazwisko	PESEL
JAN	KOWALSKI	05262058473

E-mail *

Wpisz e-mail

Znam Warunki korzystania z serwisu *

* Pola obowiązkowe

Uwaga! Musisz zaktualizować profil użytkownika aby aktywować swoje konto.

Zapisz

Krok 5. Zaznacz kwadracik potwierdzając znajomość warunków korzystania z serwisu i kliknij w przycisk „Zapisz”.

Systemy e-Zdrowia Jak korzystać z UEOZ Pytania i odpowiedzi

Strona główna » Zaktualizuj informacje konta

Zaktualizuj informacje konta

Wypełnij formularz

Imię	Nazwisko	PESEL
JAN	KOWALSKI	05262058473

E-mail *

jan.kowalski@gmail.com

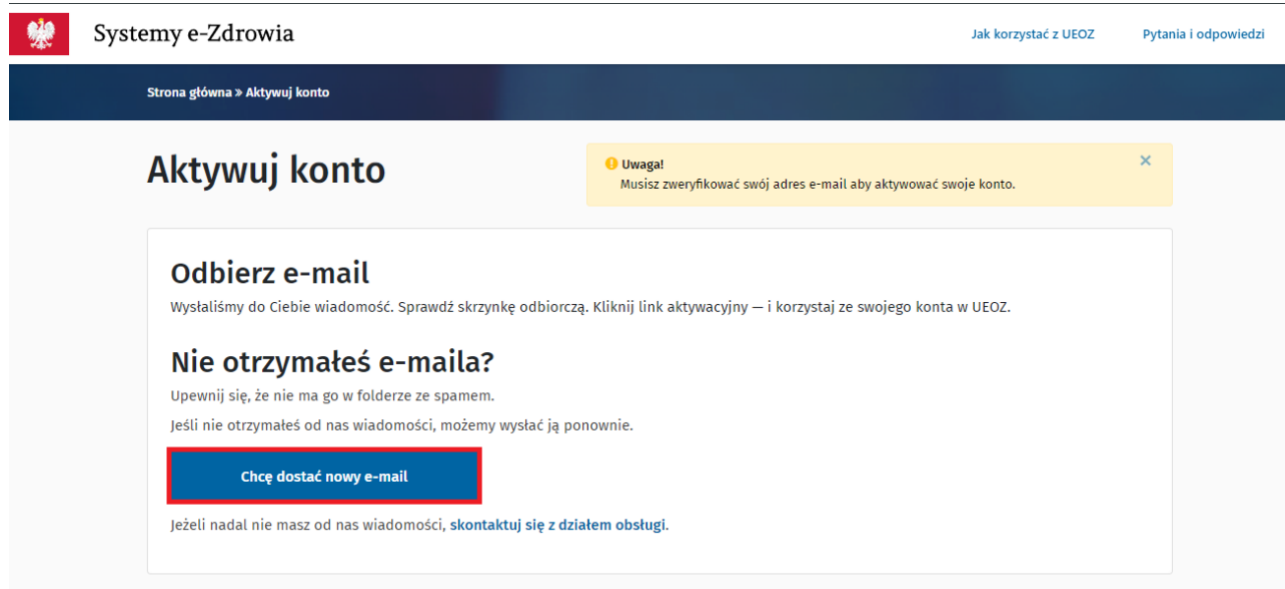
Znam Warunki korzystania z serwisu *

* Pola obowiązkowe

Uwaga! Musisz zaktualizować profil użytkownika aby aktywować swoje konto.

Zapisz

Krok 6. Sprawdź skrzynkę e-mail. Jeśli nie otrzymałeś e-maila, kliknij w przycisk „**Chcę dostać nowy e-mail**”.



Systemy e-Zdrowia

Jak korzystać z UEOZ Pytania i odpowiedzi

Strona główna > Aktywuj konto

Aktywuj konto

Uwaga!
Musisz zweryfikować swój adres e-mail aby aktywować swoje konto.

Odbierz e-mail

Wysłaliśmy do Ciebie wiadomość. Sprawdź skrzynkę odbiorczą. Kliknij link aktywacyjny – i korzystaj ze swojego konta w UEOZ.

Nie otrzymałeś e-maila?

Upewnij się, że nie ma go w folderze ze spamem.
Jeśli nie otrzymałeś od nas wiadomości, możemy wysłać ją ponownie.

Chcę dostać nowy e-mail

Jeżeli nadal nie masz od nas wiadomości, [skontaktuj się z działem obsługi](#).


Krok 7. Kliknij w link podany w wiadomości e-mail.

Ktoś utworzył konto w UEOZ z tym adresem e-mail. Jeśli to Ty, kliknij [>>>ten link<<](#) aby zweryfikować swój adres e-mail

Link ten wygaśnie w ciągu 30 minut

Jeśli nie utworzyłeś tego konta, po prostu zignoruj tę wiadomość.

Krok 8. W osobnej karcie otworzy się Rejestr wyświetlający stronę Moje konto w trybie do edycji.



Rejestry e-Zdrowia

[Złóż wniosek o wpis do rejestru](#) JAN KOWALSKI ▾

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

[Strona główna](#)

Moje konto

Imię i nazwisko JAN KOWALSKI	Email testywydajrizm+7777@gmail.com	Pesel 05262058473
--	---	-----------------------------

Uzupełnij dane ×

Bez nich nie będzie możliwe złożenie wniosku o wpis.

Obywatelstwo

Kraj obywatelstwa* Wybierz ▾	Nazwa dokumentu ⓘ* Wpisz ...	Numer dokumentu ⓘ* Wpisz ...
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------

[Dodaj kolejne obywatelstwo](#)

Miejsce zamieszkania

Adres

Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.


Województwo* Wybierz ... ▾	Powiat ⓘ -	Gmina ⓘ -
Miejscowość ⓘ ⓘ Wybierz ... ▾	Kod pocztowy ⓘ ⓘ Wpisz ...	
Ulica ⓘ Wpisz 3 znaki... ▾	Nr budynku ⓘ ⓘ Wpisz ...	Nr lokalu ⓘ Wpisz ...


Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

[Anuluj](#) [Zapisz](#)

Rejestry e-Zdrowia

[Ministerstwo Zdrowia](#) 

[Centrum e-Zdrowia](#) 

[Deklaracja dostępności](#)

[Polityka prywatności](#)

Masz pytania związane z działaniem?
[Przeczytaj, jak korzystać z systemu](#) lub

[Skontaktuj się z nami](#)

Krok 9. Wprowadź swoje dane – bez tego nie możesz złożyć wniosku o wpis do rejestru.

Wybierz kraj obywatelstwa. Jeśli masz obywatelstwo inne niż polskie, podaj nazwę dokumentu oraz numer dokumentu.

Jeśli posiadasz, dodaj drugie obywatelstwo.

Obywatelstwo

Kraj obywatelstwa*	Nazwa dokumentu ⓘ*	Numer dokumentu ⓘ*
Wybierz	Wpisz ...	Wpisz ...

[Dodaj kolejne obywatelstwo](#)

Podaj adres zamieszkania.

Miejsce zamieszkania

Adres

Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.

Województwo*	Powiat ⓘ	Gmina ⓘ
Wybierz ...	–	–
Miejscowość* ⓘ	Kod pocztowy* ⓘ	
Wybierz ...	Wpisz ...	
Ulica ⓘ	Nr budynku* ⓘ	Nr lokalu ⓘ
Wpisz 3 znaki...	Wpisz ...	Wpisz ...

Jeśli mieszkasz za granicą, kliknij w suwak „**Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce**”.

Miejsce zamieszkania

Adres

Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.

Województwo*	Powiat ⓘ	Gmina ⓘ
Wybierz ...	–	–
Miejscowość* ⓘ	Kod pocztowy* ⓘ	
Wybierz ...	Wpisz ...	
Ulica ⓘ	Nr budynku* ⓘ	Nr lokalu ⓘ
Wpisz 3 znaki...	Wpisz ...	Wpisz ...

W zmienionym formularzu podaj zagraniczny adres zamieszkania.

Miejsce zamieszkania

Adres

Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.

Państwo, miejsca zamieszkania *

Adres miejsca zamieszkania *

Kliknij w kwadracik potwierdzając oświadczenie o odpowiedzialności karnej.

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Krok 10. Kliknij w przycisk „Zapisz”.

Moje konto

Imię i nazwisko JAN KOWALSKI	Email testwydajrzm+7777@gmail.com	Pesel 05262058473
---------------------------------	--------------------------------------	----------------------

Uzupelnij dane
Bez nich nie będzie możliwe złożenie wniosku o wpis.

Obywatelstwo

Kraj obywatelstwa *

Miejsce zamieszkania

Adres

Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.

Województwo *	Powiat *	Gmina *
<input type="text" value="MAZOWIECKIE"/>	<input type="text" value="Warszawa"/>	<input type="text" value="Warszawa"/>
Miejscowość *	Kod pocztowy *	
<input type="text" value="Warszawa"/>	<input type="text" value="12-345"/>	
Ulica	Nr budynku *	Nr lokalu
<input type="text" value="al. Aleje Jerozolimskie"/>	<input type="text" value="123"/>	<input type="text" value="1"/>

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*


Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

3. Strona główna

Strona główna Rejestru prezentuje sekcje w postaci kafelków:

- Wnioski,
- Wpisy w rejestrze,
- Kształcenie,
- Moje konto.

Na stronie głównej widoczne są nagłówki pięciu najnowszych, nieodczytanych powiadomień.



Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

[Wniosuj o wpis do rejestru](#)

Wnioski 8

Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadać na prośby urzędu

[Przejdź do wniosków >](#)

Wpisy w rejestrze 3

Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru

[Przejdź do listy wpisów >](#)

Kształcenie

Tu znajdziesz informacje o historii swojej edukacji medycznej

[Przejdź do historii kształcenia >](#)

Moje konto

Tu możesz zaktualizować dane swojego miejsca zamieszkania

[Przejdź na Moje konto >](#)

Powiadomienia Nowych: 91

Numer wniosku lub wpisu	Data	Temat	
0000000140	19.03.2024 15:26:46	Złożono wniosek o wpis w rejestrze	Nowe <input type="checkbox"/>
0000000124	18.03.2024 12:59:07	Przesłano poprawiony wniosek do weryfikacji	Nowe <input type="checkbox"/>
0000000124	18.03.2024 12:58:06	Wniosek został zwrócony do poprawy	Nowe <input type="checkbox"/>
0000000124	18.03.2024 12:57:36	Przesłano poprawiony wniosek do weryfikacji	Nowe <input type="checkbox"/>
0000000085	18.03.2024 12:47:12	Przesłano poprawiony wniosek do weryfikacji	Nowe <input type="checkbox"/>

[Przejdź do powiadomień >](#)

Sekcje dostępne są też z poziomu bocznego menu.

The screenshot shows the 'Rejestry e-Zdrowia' website. At the top, there is a navigation bar with the Polish coat of arms, the text 'Rejestry e-Zdrowia', and links for 'Złóż wniosek o wpis do rejestru' and 'FLORENTYNA ZAWADZKA'. Below this is a banner for 'Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego'. A sidebar menu is open, listing 'Wnioski', 'Wpisy w rejestrze', 'Powiadomienia' (with a red badge showing '91'), and 'Kształcenie'. The main content area displays a table of entries with columns for 'Zawód medyczny', 'Data złożenia', and 'Właściwy urząd'. One entry is visible: 'Technik farmaceutyczny', '19-03-2024', and 'Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie'. A 'Zobacz' button is located below the entry.

Zawód medyczny	Data złożenia	Właściwy urząd
Technik farmaceutyczny	19-03-2024	Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie

4. Budowa systemu

4.1. Wnioski

Strona Wnioski zawiera dwie sekcje – Aktywne wnioski i Archiwalne wnioski.

Aby przejść do zakładki Wnioski kliknij w przycisk na kafelku „Przejdź do wniosków” lub kliknij w zakładkę „Wnioski” w menu bocznym.

Rejestry e-Zdrowia Złóż wniosek o wpis do rejestru FLORENTYNA ZAWADZKA

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

[Wnioskuj o wpis do rejestru](#)

Wnioski 8

Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadać na prośby urzędu

[Przejdź do wniosków >](#)

Wpisy w rejestrze 3

Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru

[Przejdź do listy wpisów >](#)

Kształcenie

Tu znajdziesz informacje o historii swojej edukacji medycznej

[Przejdź do historii kształcenia >](#)

Moje konto

Tu możesz zaktualizować dane swojego miejsca zamieszkania

[Przejdź na Moje konto >](#)

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Zwiń <

Wnioski

Wpisy w rejestrze

Powiadomienia 91

Kształcenie

Wszystkich pozycji 8 1 Pokaż na stronie 10

Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny	Data złożenia	Właściwy urząd
Wniosek o wpis do rejestru	Technik farmaceutyczny	19-03-2024	Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie
Zobacz			
Wniosek o wpis do rejestru	Protetyk słuchu	18-03-2024	Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie

Liczba w górnym prawym rogu kafelka informuje o ilości aktywnych wniosków.

Wnioski

8

Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadać na prośby urzędu

[Przejdź do wniosków >](#)

4.2. Aktywne wnioski

W sekcji Aktywne wnioski znajdziesz wnioski o statusach:

- Do weryfikacji – wniosek podpisany i opłacony, weryfikowany przez Urząd Wojewódzki,
- Oczekuje na płatność – wniosek podpisany i nieopłacony lub oczekujący na zatwierdzenie płatności,
- Do poprawy – wniosek zwrócony w celu poprawy lub uzupełnienia przez Urząd Wojewódzki, jeśli ten w toku weryfikacji stwierdzi błędy lub braki we wniosku.

The screenshot displays the 'Wnioski' section of a web application. On the left is a navigation menu with items: 'Wnioski', 'Wpisy w rejestrze', 'Powiadomienia' (with a red badge showing '96'), and 'Kształcenie'. The main content area is titled 'Wnioski' and 'Aktywne wnioski'. It includes a 'Sortuj' dropdown, a page indicator 'Wszystkich pozycji 5' with a '1' button, and a 'Pokaż na stronie' dropdown set to '10'. The table below lists three active applications:

Numer wniosku	Typ wniosku	Zawód medyczny	Data złożenia	Właściwy urząd	Status
000000126	Wniosek o wpis do rejestru	Optometrysta	18-03-2024	Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Oczekuje na płatność ● Pozostało 20 dni
000000085	Wniosek o wpis do rejestru	Higienistka stomatologiczna	18-03-2024	Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	W weryfikacji ○
000000099	Wniosek o wpis do rejestru	Podiatra	12-03-2024	Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Do poprawy ○ Pozostało 14 dni

Tu możesz:

- Pobrać dane do opłaty wniosku,
- Dołączyć potwierdzenie opłaty wniosku,
- Poprawić wniosek zwrócony przez UW.

4.3. Archiwalne wnioski

W sekcji Archiwalne wnioski znajdziesz wnioski o statusach:

- Zatwierdzony – wniosek zaakceptowany przez UW,
- Odrzucony – wniosek odrzucony przez UW,
- Bez rozpoznania – wniosek, który nie został poprawiony w wyznaczonym terminie,
- Przekroczono termin płatności – wniosek, który nie został opłacony w wyznaczonym terminie.

Archiwalne wnioski						
Sortuj:		Wszystkich pozycji 59			Pokaż na stronie 10	
Numer wniosku 0000000492	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Optometrysta	Data złożenia 25-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Zatwierdzony ●	Zobacz
Numer wniosku 0000000486	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data złożenia 25-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Przekroczono termin płatności ○	Zobacz
Numer wniosku 0000000485	Typ wniosku Wniosek o aktualizację wpisu	Zawód medyczny Asystentka stomatologiczna	Data złożenia 25-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Zatwierdzony ●	Zobacz
Numer wniosku 0000000449	Typ wniosku Wniosek o aktualizację wpisu	Zawód medyczny Technik dentystryczny	Data złożenia 06-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Zatwierdzony ●	Zobacz
Numer wniosku 0000000448	Typ wniosku Wniosek o aktualizację wpisu	Zawód medyczny Higienistka stomatologiczna	Data złożenia 06-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Bez rozpoznania ●	Zobacz
Numer wniosku 0000000447	Typ wniosku Wniosek o aktualizację wpisu	Zawód medyczny Technik farmaceutyczny	Data złożenia 06-04-2023	Właściwy urząd Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie	Status Odrzucony ●	Zobacz

Tu możesz zapoznać się z decyzją Urzędu Wojewódzkiego o odrzuceniu wniosku.

4.4. Szczegóły wniosku

Kliknij w przycisk „Zobacz”, aby przejść do szczegółów wniosku, niezależnie od statusu.

Numer wniosku 0000000142	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data złożenia 19-03-2024	Właściwy urząd Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Status Zatwierdzony ●	Zobacz
-----------------------------	---	------------------------------------	-----------------------------	---	--------------------------	--------

Szczegóły wniosku:

Wniosek o wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Zawód medyczny
Protetyk słuchu

Numer wniosku 000000171	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Status W weryfikacji	Urząd właściwy do rozpatrzenia wniosku Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie
			Data wniosku 22-03-2024

Twoje dane

Imię FLORENTYNA	Nazwisko ZAWADZKA	PESEL 37041363834
Kraj obywatelstwa Albania	Nazwa dokumentu y545	Numer dokumentu 45256
Numer telefonu 547852365	E-mail testywydajrizm+0987@gmail.com	

Adres

Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 12-314	
Ulica ul. Dworkowa	Nr budynku 1	Nr lokalu 23

Czy tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu został uzyskany w Polsce czy za granicą?

W Polsce

Dane dokumentu

Poziom wykształcenia
Wykształcenie zasadnicze zawodowe / Wykształcenie zasadnicze branżowe

Numer dokumentu FBDR54342	Data wydania dokumentu 2023-06-05
Data rozpoczęcia kształcenia/studiów 2020-10-01	

Załączone dokumenty

1. **Dokument (PDF, 0,10MB)** [Pobierz](#)

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument
Policealna Szkoła Medyczna

Adres

Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 14-725	
Ulica ul. Dobra	Nr budynku 15	Nr lokalu —

Oświadczenie o znajomości języka polskiego

Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu protetyk słuchu, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Miejsce wykonywania zawodu

Brak miejsca zatrudnienia

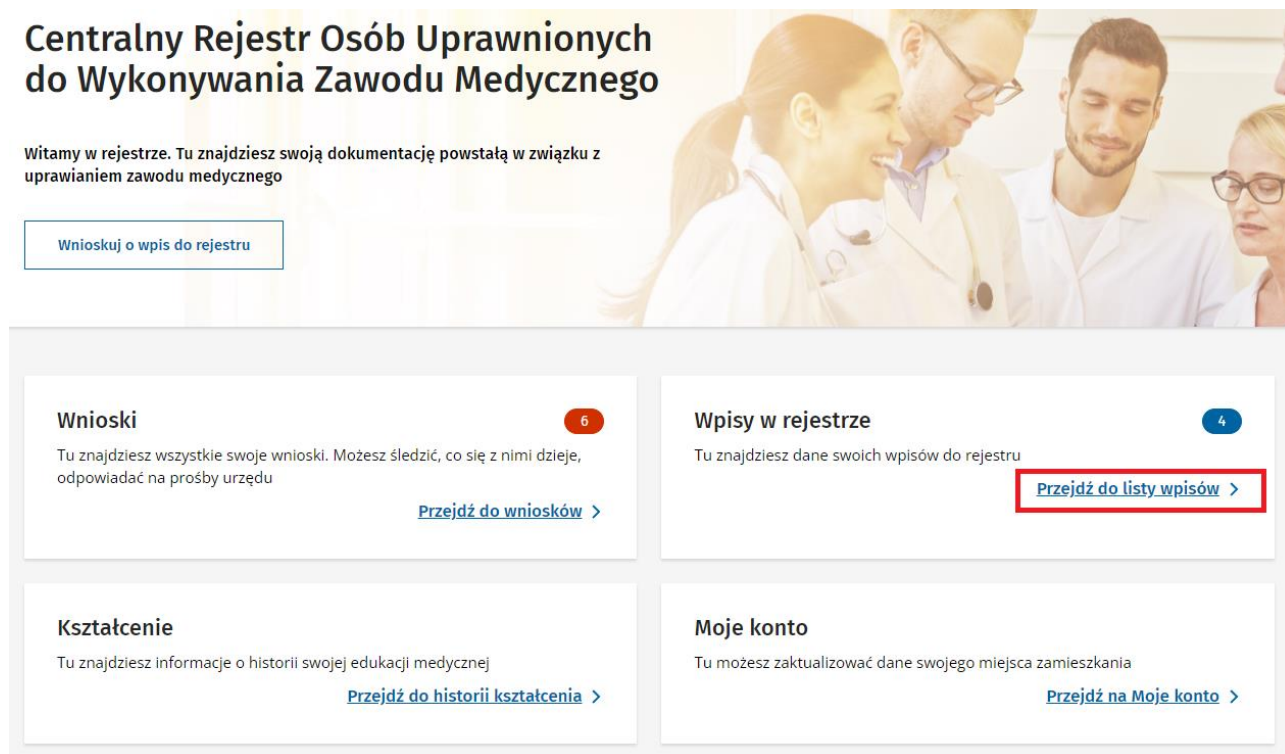
Oświadczenie o odpowiedzialności karnej

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

4.5. Wpisy w rejestrze

Strona Wpisy w rejestrze zawiera dwie sekcje – Aktywne wpisy i Archiwalne wpisy.

Aby przejść do zakładki Wpisy w rejestrze kliknij w przycisk na kafelku „Przejdź do wniosków” lub w menu bocznym w zakładkę „Wpisy w rejestrze”.



Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

[Wnioskuj o wpis do rejestru](#)

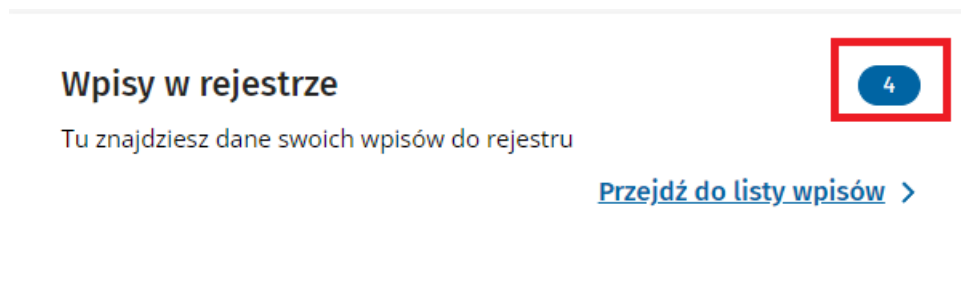
Wnioski 6
Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadać na prośby urzędu
[Przejdź do wniosków >](#)

Wpisy w rejestrze 4
Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru
[Przejdź do listy wpisów >](#)

Kształcenie
Tu znajdziesz informacje o historii swojej edukacji medycznej
[Przejdź do historii kształcenia >](#)

Moje konto
Tu możesz zaktualizować dane swojego miejsca zamieszkania
[Przejdź na Moje konto >](#)

Liczba w górnym prawym rogu kafelka informuje o ilości wpisów w Rejestrze.



Wpisy w rejestrze 4
Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru
[Przejdź do listy wpisów >](#)

4.6. Aktualne wpisy

W sekcji Aktualne wpisy znajdziesz wpisy o statusach:

- Aktywny
- Zaprzestano wykonywania zawodu
- Zawieszony

Tu możesz:

- Pobrać zaświadczenie o wpisie do rejestru
- Wnioskować o zmianę danych wpisu

- Wnioskować o zaprzestanie wykonywania zawodu
- Wnioskować o wznowienie wykonywania zawodu

Wpisy w rejestrze

Aktualne

Indywidualny identyfikator wpisu 2500000166	Numer wpisu 166	Zawód medyczny Technik sterylizacji medycznej	Data wpisu do rejestru 07-06-2023	Status Aktywny ●	Pobierz zaświadczenie	Wnioskuj o zmianę	Zobacz
Organ właściwy Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie							
Indywidualny identyfikator wpisu 2000000153	Numer wpisu 153	Zawód medyczny Profilaktyk	Data wpisu do rejestru 06-06-2023	Status Aktywny ●	Pobierz zaświadczenie	Wnioskuj o zmianę	Zobacz
Organ właściwy Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie		Data ostatniej aktualizacji 06-06-2023					
Indywidualny identyfikator wpisu 1400000151	Numer wpisu 151	Zawód medyczny Logopeda	Data wpisu do rejestru 01-06-2023	Status Zaprzestano wykonywania zawodu ●		Wnioskuj o zmianę	Zobacz
Organ właściwy Małopolski Urząd Wojewódzki w Krakowie		Data ostatniej aktualizacji 01-06-2023					

4.7. Archiwalne wpisy

W sekcji Archiwalne wpisy znajdziesz wpisy o statusach:

- Archiwalny
- Wykreślony

Archiwalne

Indywidualny identyfikator wpisu 1000000128	Numer wpisu 128	Zawód medyczny Asystentka stomatologiczna	Data wpisu do rejestru 11-05-2023	Status Wykreślony ●		Zobacz
Organ właściwy Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu		Data ostatniej aktualizacji 23-05-2023				
Indywidualny identyfikator wpisu 2400000127	Numer wpisu 127	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 11-05-2023	Status Wykreślony ●		Zobacz
Organ właściwy Wielkopolski Urząd Wojewódzki w Poznaniu		Data ostatniej aktualizacji 23-05-2023				

4.8. Szczegóły wpisu

Kliknij w przycisk „Zobacz”, aby przejść do szczegółów wpisu, niezależnie od statusu.

Indywidualny identyfikator wpisu 1600000043	Numer wpisu 43	Zawód medyczny Ortopystka	Data wpisu do rejestru 18-03-2024	Status Aktywny ●	Pobierz zaświadczenie	Wnioskuj o zmianę	Zobacz
Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie		Data ostatniej aktualizacji 18-03-2024					

Szczegóły wpisu:

Wpis w rejestrze nr 44

[Pobierz zaświadczenie](#)

[Wnioskujej o zmianę](#)

Indywidualny identyfikator wpisu 2200000044	Numer wpisu 44	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 19.03.2024	Status Aktywny ●
Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie		Data ostatniej aktualizacji 22.03.2024		

Twoje dane

Imię FLORENTYNA	Nazwisko ZAWADZKA	PESEL 37041363834
Kraj obywatelstwa Polska		
Numer telefonu 541258965	E-mail testywydajrzm+0987@gmail.com	

Adres

Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 12-314	
Ulica ul. Dworkowa	Nr budynku 1	Nr lokalu 23

Czy tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu został uzyskany w Polsce czy za granicą?

W Polsce

Dane dokumentu

Poziom wykształcenia Wykształcenie wyższe	
Tytuł zawodowy Licencjat/Inżynier	Numer dokumentu 321321
Data wydania dokumentu 2023-06-05	Data rozpoczęcia kształcenia/studiów 2020-10-01

Załączone dokumenty

- 1. Dokument (PDF, 0,10MB) [Pobierz](#)

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument
Szkoła policealna Collegium

Adres

Województwo MAŁOPOLSKIE	Powiat Nowy Sącz	Gmina Nowy Sącz
Miejscowość Nowy Sącz	Kod pocztowy 32-132	
Ulica ul. Szkolna	Nr budynku 1	Nr lokalu —

Oświadczenie o znajomości języka polskiego

Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu technika ortopeda, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)


Miejsce wykonywania zawodu

Brak miejsca zatrudnienia

4.9. Kształcenie

Strona Kształcenie prezentuje zbiór okresów edukacyjnych dla wszystkich zawodów, w jakich wpis posiada aktualnie Pracownik Medyczny.

Aby przejść do strony Kształcenie kliknij w przycisk na kafelku „Przejdź do historii kształcenia” na stronie głównej lub w zakładkę „Kształcenie” w menu bocznym.



Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

[Wnioskuj o wpis do rejestru](#)

Wnioski

Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadać na prośby urzędu

[Przejdź do wniosków >](#)

Wpisy w rejestrze

Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru

[Przejdź do listy wpisów >](#)

Kształcenie


Tu znajdziesz informacje o historii swojej edukacji medycznej

[Przejdź do historii kształcenia >](#)

Moje konto

Tu możesz zaktualizować dane swojego miejsca zamieszkania

[Przejdź na Moje konto >](#)



Rejestry e-Zdrowia

Złóż wniosek o wpis do rejestru FLORENTYNA ZAWADZKA

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

- Wnioski
- Wpisy w rejestrze
- Powiadomienia 119
- Kształcenie

[Strona główna](#)

Kształcenie

Tu znajdziesz informację o historii ustawicznego rozwoju zawodowego, w tym o stanie rozliczeń każdego z okresów kształcenia w wybranym zawodzie.

Wszystkich pozycji: 3

Indywidualny identyfikator wpisu	Numer wpisu	Zawód medyczny	Data wpisu do rejestru	Status wpisu	
2400000002	2	Terapeuta zajęciowy	26.02.2024	Wykreślony	Przejdź do wpisu v
<hr/>					
1300000041	41	Instruktor terapii uzależnień	13.03.2023	Aktywny	Przejdź do wpisu v

Kliknij w przycisk ze strzałką w dół, aby zobaczyć wszystkie okresy edukacyjne.

4.10. Moje konto

Strona Moje konto zawiera dane osobowe oraz adres zamieszkania zalogowanego użytkownika.

Aby przejść do strony Moje konto kliknij w przycisk na kafelku „Przejdź na Moje konto”.

Sekcja „Moje konto” jest dostępna również w górnym prawym rogu.

Kliknij w Imię i Nazwisko w górnym prawym rogu.

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

Wnioskuj o wpis do rejestru



Kliknij w przycisk **Moje konto**.

Złóż wniosek o wpis do rejestru

FLORENTYNA ZAWADZKA

Aktualny kontekst główny

Pracownik medyczny

Moje konto

Wyloguj

Moje konto

Imię i nazwisko

FLORENTYNA ZAWADZKA

Email

testywydajrizm+0987@gmail.com

Pesel

37041363834

Obywatelstwo

Kraj obywatelstwa

Polska

Miejsce zamieszkania

Adres

Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.

Województwo

MAZOWIECKIE

Powiat

Warszawa

Gmina

Warszawa

Miejscowość

Warszawa

Kod pocztowy

12-314

Ulica

ul. Dworkowa

Nr budynku

1

Nr lokalu

23

Aktualizuj

4.11. Powiadomienia

Strona Powiadomienia zawiera wszystkie powiadomienia jakie otrzymał dotychczas zalogowany użytkownik.

Aby przejść do zakładki Powiadomienia kliknij w „**Przejdź do powiadomień**” na stronie głównej.

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

[Wnioskuj o wpis do rejestru](#)

Wnioski

6

Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadać na prośby urzędu

[Przejdź do wniosków >](#)

Wpisy w rejestrze

4

Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru

[Przejdź do listy wpisów >](#)

Kształcenie

Tu znajdziesz informacje o historii swojej edukacji medycznej

[Przejdź do historii kształcenia >](#)

Moje konto

Tu możesz zaktualizować dane swojego miejsca zamieszkania

[Przejdź na Moje konto >](#)

Powiadomienia Nowych: 119

Numer wniosku lub wpisu	Data	Temat	
0000000171	22.03.2024 13:06:43	Opłacony wniosek	Nowe <input type="checkbox"/>
0000000171	22.03.2024 12:54:19	Złożono wniosek o wpis w rejestrze	Nowe <input type="checkbox"/>
0000000170	21.03.2024 12:52:34	Złożono wniosek o wpis w rejestrze	Nowe <input type="checkbox"/>
0000000126	21.03.2024 12:45:57	Przesłano poprawiony wniosek do weryfikacji	Nowe <input type="checkbox"/>
0000000149	20.03.2024 19:27:49	Przesłano poprawiony wniosek do weryfikacji	Nowe <input type="checkbox"/>

[Przejdź do powiadomień >](#)

5. Wniosek o wpis do rejestru

Krok 1. Zaloguj się do Rejestru.

Krok 2. Kliknij w przycisk „Wnioskuj o wpis do rejestru” lub „Złóż wniosek o wpis do rejestru”.



Widzisz okno z pytaniem „Czy chcesz kontynuować poprzednio rozpoczęty wniosek o wpis?”.

- Kliknij w przycisk „Rozpocznij nowy”, aby złożyć nowy wniosek.
- Kliknij w przycisk „Kontynuuj”, aby wrócić do poprzedniego, niepodpisanego wniosku.

Składanie wniosku o wpis



Czy chcesz kontynuować poprzednio rozpoczęty wniosek o wpis?

Anuluj Rozpocznij nowy **Kontynuuj**

Krok 3. Wybierz zawód medyczny z rozwijanej listy.

Wniosek o wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego
Uzupelnij wszystkich 5 kroków formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

1 Dane osobowe 2 Wykształcenie 3 Miejsce wykonywania zawodu 4 Podsumowanie i podpis 5 Płatność

Zawód, o który wnioskujesz

Zawód medyczny*

Wybierz ...

Krok 4. Wpisz numer telefonu.

Twoje dane

Imię	Nazwisko	PESEL
FLORENTYNA	ZAWADZKA	37041363834
Kraj obywatelstwa		
Polska		
Numer telefonu *	E-mail	
<input type="text" value="Wpisz ..."/>	testywydajrizm+0987@gmail.com	

Krok 5. Kliknij w przycisk „Następny krok”.

Numer telefonu * E-mail testywydajrizm+0987@gmail.com

Miejsce zamieszkania

Województwo	Powiat	Gmina
MAZOWIECKIE	Warszawa	Warszawa
Miejscowość	Kod pocztowy	
Warszawa	12-314	
Ulica	Nr budynku	Nr lokalu
ul. Dworkowa	1	23

Krok 6. Zaznacz, gdzie został uzyskany tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu. Kliknij w kółko przy odpowiedniej opcji.

[Strona główna](#)

Wniosek o wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Uzupełnij wszystkich 5 kroków formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

1 Dane osobowe 2 **Wykształcenie** 3 Miejsce wykonywania zawodu 4 Podsumowanie i podpis 5 Płatność

Czy tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu został uzyskany w Polsce czy za granicą?

W Polsce

Za granicą

Krok 7. Wpisz informacje o wykształceniu

Tytuł zawodowy uzyskany w Polsce

Czy tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu został uzyskany w Polsce czy za granicą?

- W Polsce
 Za granicą

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu


Poziom wykształcenia *

Tytuł zawodowy Numer dokumentu *

Data wydania dokumentu * Data rozpoczęcia kształcenia/studiów *

Załączone dokumenty

Załącz skan lub zdjęcie dokumentu *


Przeciągnij tutaj lub wybierz
(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)

UWAGA: Do wniosku można dołączyć załączniki o łącznym maksymalnym rozmiarze 10Mb. Aby podpisać wniosek Profilem Zaufanym pojedynczy plik nie może być większy niż 5Mb, natomiast liczba załączników nie może być większa niż 5.

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument *

Województwo * Powiat ⓘ Gmina ⓘ

Miejscowość * ⓘ Kod pocztowy * ⓘ

Ulica ⓘ Nr budynku * ⓘ Nr lokalu ⓘ

Wybierz poziom wykształcenia.

Wybierz tytuł zawodowy, jeśli wybrany poziom wykształcenia to „Wykształcenie wyższe”.

Wpisz numer dokumentu.

Wybierz datę wydania dokumentu.

Wybierz datę rozpoczęcia kształcenia/ studiów.

Dołącz skan lub zdjęcie dokumentu.

Uwaga! Łączny rozmiar załączników nie może przekraczać 10 MB. Jeśli chcesz podpisać wniosek Profilem Zaufanym to pojedynczy plik nie może być większy niż 5 MB i liczba załączników nie może być większa niż 5.

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu

Poziom wykształcenia *
Wybierz ...

Tytuł zawodowy
Wybierz ...

Numer dokumentu *
Wpisz ...

Data wydania dokumentu *
Wybierz datę

Data rozpoczęcia kształcenia/studiów *
Wybierz datę

Załączone dokumenty

Załącz skan lub zdjęcie dokumentu *

Przełóż tutaj lub wybierz
(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)

UWAGA: Do wniosku można dołączyć załączniki o łącznym maksymalnym rozmiarze 10Mb. Aby podpisać wniosek Profilem Zaufanym pojedynczy plik nie może być większy niż 5Mb, natomiast liczba załączników nie może być większa niż 5.

Wybierz plik

Wpisz nazwę placówki, która wydała dokument.

Wpisz adres placówki, która wydała dokument

- Wybierz województwo z rozwijanej listy
- Wpisz nazwę miejscowości
- Wpisz kod pocztowy
- Wpisz nazwę ulicy
- Wpisz numer budynku
- Wpisz numer lokalu
- Ważne! Jeśli adres nie ma nazwy ulicy lub numeru lokalu, zostaw te pola puste.

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument *

Wpisz ...

Województwo *
Wybierz ...

Powiat ⓘ
-

Gmina ⓘ
-

Miejscowość * ⓘ
Wybierz ...

Kod pocztowy * ⓘ
Wpisz ...

Ulica ⓘ
Wpisz 3 znaki...

Nr budynku * ⓘ
Wpisz ...

Nr lokalu ⓘ
Wpisz ...

Złóż oświadczenie o znajomości języka polskiego klikając w kwadracik.

Oświadczenie o znajomości języka polskiego *



Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu Higienistka stomatologiczna, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Kliknij w przycisk „Następny krok”.

Oświadczenie o znajomości języka polskiego *

Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu Higienistka stomatologiczna, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Anuluj Zapisz i przerwij < Poprzedni krok **Następny krok >**

Tytuł zawodowy uzyskany za granicą

Czy tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu został uzyskany w Polsce czy za granicą?

- W Polsce
- Za granicą

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu

Poziom wykształcenia *

Tytuł zawodowy


Numer dokumentu *

Data wydania dokumentu *

Data rozpoczęcia kształcenia/studiów *

Załączone dokumenty

Załącz skan lub zdjęcie dokumentu *



Przeciwnij tutaj lub wybierz
(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)

UWAGA: Do wniosku można dołączyć załączniki o łącznym maksymalnym rozmiarze 10Mb. Aby podpisać wniosek Profilem Zaufanym pojedynczy plik nie może być większy niż 5Mb, natomiast liczba załączników nie może być większa niż 5.

[Wybierz plik](#)

Decyzja Ministra Zdrowia

Załącz skan decyzji Ministra Zdrowia zezwalającej na wykonywanie zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej *


Przeciwnij tutaj lub wybierz
(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)

UWAGA: Do wniosku można dołączyć załączniki o łącznym maksymalnym rozmiarze 10Mb. Aby podpisać wniosek Profilem Zaufanym pojedynczy plik nie może być większy niż 5Mb, natomiast liczba załączników nie może być większa niż 5.

[Wybierz plik](#)

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument *

Państwo, w którym wydany został dokument *

Adres placówki *

Wybierz poziom wykształcenia.

Wybierz tytuł zawodowy, jeśli wybrany poziom wykształcenia to „Wykształcenie wyższe”.

Wpisz numer dokumentu.

Wybierz datę wydania dokumentu.

Wybierz datę rozpoczęcia kształcenia/studiów.

Dołącz skan lub zdjęcie dokumentu.

Dołącz skan decyzji Ministra Zdrowia.

Uwaga! łączny rozmiar załączników nie może przekraczać 10 MB. Jeśli chcesz podpisać wniosek Profilem Zaufanym to pojedynczy plik nie może być większy niż 5 MB i liczba załączników nie może być większa niż 5.

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu

Poziom wykształcenia *

Tytuł zawodowy


Numer dokumentu *

Data wydania dokumentu *

Data rozpoczęcia kształcenia/studiów *

Załączone dokumenty

Załącz skan lub zdjęcie dokumentu *




Przeciwnij tutaj lub wybierz
(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)

UWAGA: Do wniosku można dołączyć załączniki o łącznym maksymalnym rozmiarze 10Mb. Aby podpisać wniosek Profilem Zaufanym pojedynczy plik nie może być większy niż 5Mb, natomiast liczba załączników nie może być większa niż 5.

Wybierz plik

Decyzja Ministra Zdrowia

Załącz skan decyzji Ministra Zdrowia zezwalającej na wykonywanie zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej *



Przeciwnij tutaj lub wybierz
(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)

UWAGA: Do wniosku można dołączyć załączniki o łącznym maksymalnym rozmiarze 10Mb. Aby podpisać wniosek Profilem Zaufanym pojedynczy plik nie może być większy niż 5Mb, natomiast liczba załączników nie może być większa niż 5.

Wybierz plik

Wpisz nazwę placówki, która wydała dokument.

Wybierz z rozwijanej listy państwo, w którym został wydany dokument.

Wpisz adres placówki, która wydała dokument.

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument *

Państwo, w którym wydany został dokument *

Adres placówki *

Złóż oświadczenie o znajomości języka polskiego klikając w kwadracik.

Oświadczenie o znajomości języka polskiego *



Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu Higienistka stomatologiczna, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Kliknij w przycisk „Następny krok”.

Adres placówki *

Oświadczenie o znajomości języka polskiego *



Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu Higienistka stomatologiczna, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Anuluj

Zapisz i przerwij

< Poprzedni krok

Następny krok >

Krok 8. Podaj informacje o miejscu wykonywania zawodu wybierając jedną z trzech opcji:

- Zaznacz „**Brak miejsca zatrudnienia**”,
- Wpisz numer REGON placówki i pobierz dane z rejestru REGON,
- Wpisz dane samodzielnie.

Opcja 1.

Kliknij w przełącznik „**Brak miejsca zatrudnienia**”.

Uzupelnij wszystkich 5 kroków formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

1 Dane osobowe 2 Wykształcenie 3 **Miejsce wykonywania zawodu** 4 Podsumowanie i podpis 5 Płatność

Miejsce wykonywania zawodu

Podaj miejsce wykonywania zawodu. Jeśli wykonujesz zawód w kilku miejscach – podaj adres głównej siedziby.

Brak miejsca zatrudnienia

Opcja 2.

Wpisz numer REGON placówki, w której wykonujesz zawód.

Kliknij w przycisk „**Pobierz dane z rejestru REGON**”, a Rejestr pobierze dane placówki.

Adres placówki

REGON

Nazwa placówki *

REGON * NIP * Numer księgi RPWDL ⓘ

Województwo * Powiat ⓘ Gmina ⓘ

 – –

Miejscowość * ⓘ Kod pocztowy * ⓘ

Ulica ⓘ Nr budynku * ⓘ Nr lokalu ⓘ

Opcja 3.

Wpisz adres miejsca wykonywania zawodu

- Wpisz nazwę placówki,
- Wpisz REGON,
- Wpisz NIP,
- Wpisz Numer Księgi RPWDL, jeśli placówka taki posiada,
- Wpisz Identyfikator apteki, jeśli placówka taki posiada,
- Wybierz województwo z rozwijanej listy,
- Wpisz nazwę miejscowości,

» Wniosek o wpis do rejestru

- Wpisz kod pocztowy,
- Wpisz nazwę ulicy, jeśli występuje,
- Wpisz numer budynku,
- Wpisz numer lokalu, jeśli występuje.

Adres placówki

REGON
Wyszukaj po numerze REGON ... [Pobierz dane z rejestru REGON](#)

Nazwa placówki*
Wpisz ...

REGON* NIP* Numer księgi RPWDL ⓘ
Wpisz ... Wpisz ... Wpisz ...

Województwo* Powiat ⓘ Gmina ⓘ
Wybierz ... -- --

Miejscowość* ⓘ Kod pocztowy* ⓘ
Wybierz ... Wpisz ...

Ulica ⓘ Nr budynku* ⓘ Nr lokalu ⓘ
Wpisz 3 znaki... Wpisz ... Wpisz ...

Krok 9. Kliknij w przycisk „**Dodaj kolejne miejsce wykonywania zawodu**”, jeśli chcesz dodać kolejny adres miejsca wykonywania zawodu.

Adres placówki

REGON
000311639 [Pobierz dane z rejestru REGON](#)

Nazwa placówki*
SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI IM.ŚW.JANA PAWŁA II

REGON* NIP* Numer księgi RPWDL ⓘ
000311639 5291004702 Wpisz ...

Województwo* Powiat* ⓘ Gmina* ⓘ
MAZOWIECKIE x ▼ grodziski Grodzisk Mazowiecki

Miejscowość* ⓘ Kod pocztowy* ⓘ
Grodzisk Mazowiecki x ▼ 05-825

Ulica ⓘ Nr budynku* ⓘ Nr lokalu ⓘ
ul. Daleka x ▼ 11 Wpisz ...

Dodaj kolejne miejsce wykonywania zawodu [Wyczyść dane](#)

Krok 10. Kliknij w przycisk „**Następny krok**”.

Nazwa placówki*
SAMODZIELNY PUBLICZNY SPECJALISTYCZNY SZPITAL ZACHODNI IM.ŚW.JANA PAWŁA II

REGON* NIP* Numer księgi RPWDL ⓘ
000311639 5291004702 Wpisz ...

Województwo* Powiat* ⓘ Gmina* ⓘ
MAZOWIECKIE x ▼ grodziski Grodzisk Mazowiecki

Miejscowość* ⓘ Kod pocztowy* ⓘ
Grodzisk Mazowiecki x ▼ 05-825

Ulica ⓘ Nr budynku* ⓘ Nr lokalu ⓘ
ul. Daleka x ▼ 11 Wpisz ...

[Dodaj kolejne miejsce wykonywania zawodu](#) [Wyczyść dane](#)

[Anuluj](#) [Zapisz i przerwij](#) [← Poprzedni krok](#) [Następny krok >](#)

Krok 11. Zweryfikuj dane w podsumowaniu wniosku.

Wniosek o wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Uzupełnij wszystkich 5 kroków formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

1 Dane osobowe 2 Wykształcenie 3 Miejsce wykonywania zawodu 4 **Podsumowanie i podpis** 5 Płatność

Zawód, o którego wpisanie wnioskujesz

Zawód medyczny
Higienistka stomatologiczna

Twoje dane

Imię	Nazwisko	PESEL
FLORENTYNA	ZAWADZKA	37041363834

Kraj obywatelstwa
Polska

Numer telefonu	E-mail
568236616	testywydajrizm-0987@gmail.com

Adres

Województwo	Powiat	Gmina
MAZOWIECKIE	Warszawa	Warszawa

Miejscowość	Kod pocztowy
Warszawa	12-314

Ulica	Nr budynku	Nr lokalu
ul. Dworkowa	1	23

Czy tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu został uzyskany w Polsce czy za granicą?

Za granicą

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu

Poziom wykształcenia
Wykształcenie wyższe

Tytuł zawodowy	Numer dokumentu
Licencjat/Inżynier	FVFD2323

Data wydania dokumentu	Data rozpoczęcia kształcenia/studiów
2023-06-06	2020-10-10

Załączone dokumenty

- Dokument (PDF, 0,10MB)

Decyzja Ministra Zdrowia

- decyzja (PDF, 28,93KB)

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument
Uniwersytet Potudniowej Danii

Państwo, w którym został wydany dokument
Dania

Adres placówki
Campusvej 55, 5230 Odense, Dania

Oświadczenie o znajomości języka polskiego

Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu higienistka stomatologiczna, o którym mowa w art. 1 ust. 1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Miejsce wykonywania zawodu

Brak miejsca zatrudnienia

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Podpisz wniosek

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Podpisz wniosek

Krok 12. Zatwierdź oświadczenie o odpowiedzialności karnej, klikając w kwadracik.

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Podpisz wniosek

Jeżeli dane, które widzisz, są poprawne, możesz elektronicznie podpisać wniosek. Użyj Profilu Zaufanego, e-Dowodu lub podpisu kwalifikowanego. Pamiętaj, że po podpisaniu wniosku nie będzie już możliwości powrotu do jego edycji.

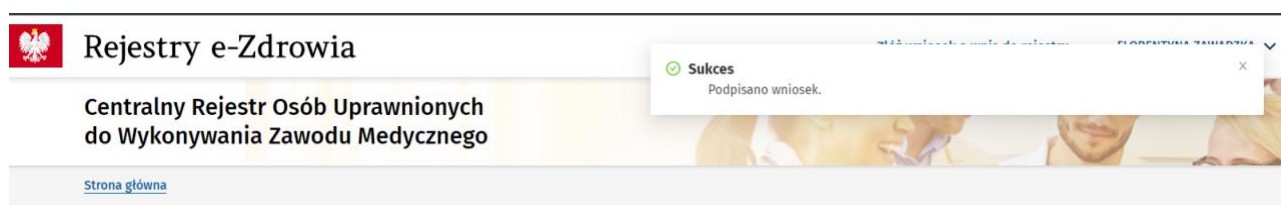
Anuluj Zapisz i przerwij < Poprzedni krok Podpisz wniosek

Krok 13. Kliknij w przycisk „**Podpisz wniosek**”.

Następnie przejdziesz do systemu e-Gate, który umożliwi podpisanie wniosku o wpis do Rejestru.

Po podpisaniu wniosku wrócisz do Rejestru.

Krok 14. Komunikat potwierdzający podpisanie wniosku zamknij krzyżykiem.



Krok 15. Twój wniosek o wpis dostępny jest już na stronie „**Wnioski**”.

Wniosek otrzymał status „**Oczekuje na płatność**”.

Numer wniosku 0000000174	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Higienistka stomatologiczna	Data złożenia 22-03-2024
Właściwy urząd Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Status Oczekuje na płatność ●	Pozostało 21 dni	
			Zobacz

Krok 16. Opłać wniosek – szczegóły [tu](#)

6. Opłata wniosku

Podpisany wniosek o wpis należy opłacić w ciągu 21 dni od momentu złożenia podpisu.

Dane do przelewu widoczne są zaraz po podpisaniu wniosku, ale możesz wrócić do nich później.

Po przekroczeniu wyznaczonego terminu na opłatę, wniosek otrzymuje status „Przekroczono termin płatności”. Konieczne jest ponowne złożenie wniosku o wpis.

Wniosek o wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Uzupełnij wszystkich 5 kroków formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

- 1 Dane osobowe
- 2 Wykształcenie
- 3 Miejsce wykonywania zawodu
- 4 Podsumowanie i podpis
- 5 Płatność

Wniosek jest podpisany i gotów do opłacenia

Odbiorca
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie

Numer konta
112233445566778899

Adres odbiorcy
pl. Bankowy 3/5; 00-950 Warszawa

Tytuł przelewu
Wniosek o wpis do rejestru numer 0000000174

Kwota
100,00 zł

1 Wniosek możesz opłacić później

Jeśli chcesz opłacić wniosek w innym terminie zamknij formularz. Po zamknięciu formularza dane do wpłaty będą nadal dostępne w widoku szczegółów wniosku w zakładce "Wnioski".

Jeżeli opłaciłeś wniosek i masz potwierdzenie, możesz załączyć je tutaj:

Przeciągnij tutaj lub wybierz
(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)

Wybierz plik

Zamknij

Możesz w tym miejscu dołączyć potwierdzenie przelewu, aby usprawnić proces weryfikacji wniosku przez Urząd Wojewódzki.

Kliknij w przycisk „Wybierz plik” i dołącz potwierdzenie przelewu ze swojego urządzenia.

i Wniosek możesz opłacić później

Jeśli chcesz opłacić wniosek w innym terminie zamknij formularz. Po zamknięciu formularza dane do wpłaty będą nadal dostępne w widoku szczegółów wniosku w zakładce "Wnioski".

Jeżeli opłaciłeś wniosek i masz potwierdzenie, możesz załączyć je tutaj:

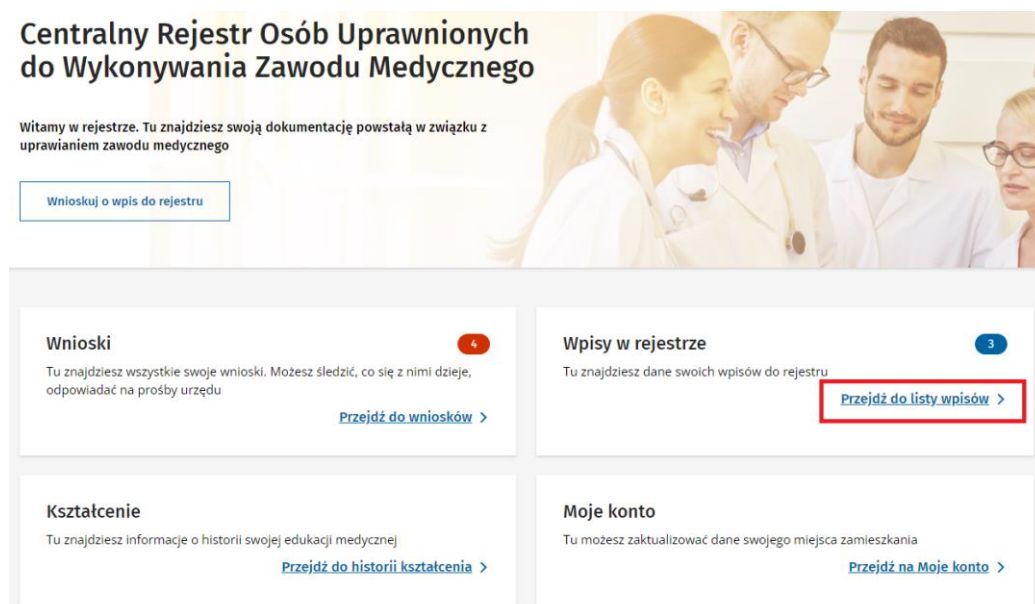


Przeciągnij tutaj lub wybierz
(format: .pdf, .jpg, .jpeg, .png lub .bmp)

Wybierz plik

7. Wniosek o aktualizację wpisu

Krok 1. Kliknij w hiperłącze „Przejdź do listy wpisów” na stronie głównej lub w zakładkę „Wpisy w rejestrze” w menu bocznym.



Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

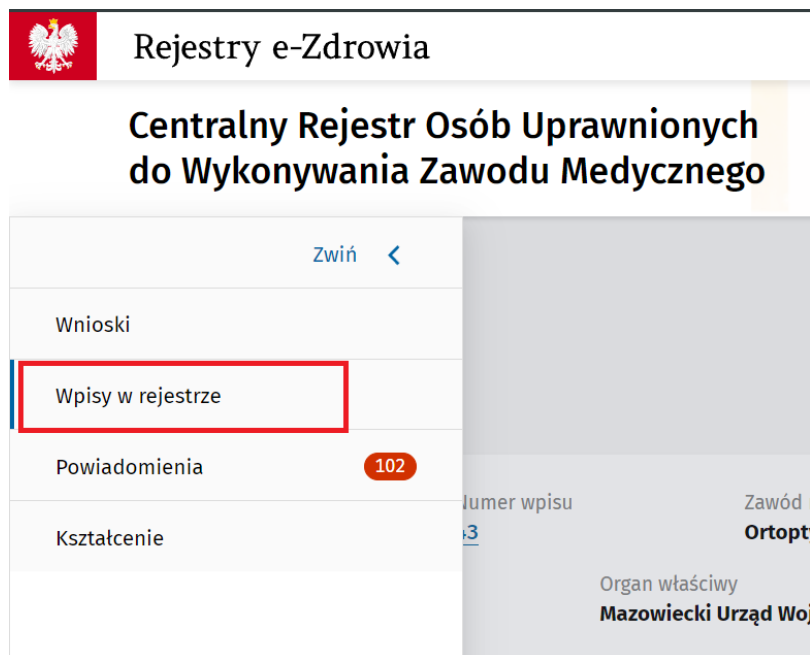
[Wnioskuj o wpis do rejestru](#)

Wnioski 4
Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadać na prośby urzędu
[Przejdź do wniosków >](#)

Wpisy w rejestrze 3
Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru
[Przejdź do listy wpisów >](#)

Kształcenie
Tu znajdziesz informacje o historii swojej edukacji medycznej
[Przejdź do historii kształcenia >](#)

Moje konto
Tu możesz zaktualizować dane swojego miejsca zamieszkania
[Przejdź na Moje konto >](#)



Rejestry e-Zdrowia

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Zwiń <

Wnioski

Wpisy w rejestrze

Powiadomienia 102

Kształcenie

Numer wpisu 43 Zawód i **Ortopeda**

Organ właściwy **Mazowiecki Urząd Woj**

Krok 2. Wybierz wpis i kliknij w przycisk „Wnioskuj o zmianę”.

Indywidualny identyfikator wpisu 1600000043	Numer wpisu <u>43</u>	Zawód medyczny Ortopedystka	Data wpisu do rejestru 18-03-2024
Status Aktywny ●	Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Data ostatniej aktualizacji 18-03-2024	

[Pobierz zaświadczenie](#) [Wnioskuj o zmianę](#) [Zobacz](#)

Krok 3. Zaznacz, klikając w kółko, o jaką aktualizację wnioskujesz.

Co chcesz zrobić? X

Zaktualizować dane wpisu

Wskazać datę zaprzestania lub wznowienia wykonywania zawodu

Krok 4. Kliknij w przycisk „Potwierdź”.

Co chcesz zrobić? X

Zaktualizować dane wpisu

Wskazać datę zaprzestania lub wznowienia wykonywania zawodu

Opcja: Aktualizacja danych wpisu.

Zaktualizuj dane w wybranej sekcji.

Przechodzisz przez kolejne strony wpisu klikając w przycisk „Następny krok”.

Wniosek o aktualizację wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego
Uzupełnij wszystkie 4 kroki formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

Indywidualny identyfikator wpisu 1600000043	Numer wpisu 43	Zawód medyczny Ortopystka	Data wpisu do rejestru 18-03-2024	Status Aktywny ●
Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie		Data ostatniej aktualizacji 18-03-2024		

1 Dane osobowe 2 Wykształcenie 3 Miejsce wykonywania zawodu 4 Podsumowanie

Twoje dane

Imię FLORENTYNA	Nazwisko ZAWADZKA	PESEL 37041363834
Kraj obywatelstwa Polska		
Kraj drugiego obywatelstwa Dania		
Numer telefonu* <input type="text" value="5632479874"/>	E-mail testwydajizm+0987@gmail.com	

Miejsce zamieszkania

Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 12-345	
Ulica ul. Popularna	Nr budynku 3	Nr lokalu 3

Zweryfikuj dane we wniosku o aktualizację wpisu w podsumowaniu i zaznacz kwadracik przy oświadczeniu o odpowiedzialności karnej.

Wniosek o aktualizację wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego
 Uzupełnij wszystkie 4 kroki formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

Indywidualny identyfikator wpisu 2200000044	Numer wpisu 44	Zawód medyczny Technik ortopedia	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Aktywny
--	-------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-------------------

Organ właściwy
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie

1 Dane osobowe 2 Wykształcenie 3 Miejsce wykonywania zawodu 4 Podsumowanie

Zawód, o którego wpisanie wnioskujesz

Zawód medyczny
Technik ortopedia

Twoje dane

Imię FLORENTYNA	Nazwisko ZAWADZKA	PESEL 37041363834
Kraj obywatelstwa Polska	Kraj drugiego obywatelstwa Dania	
Numer telefonu 541258965	E-mail testwydajizm+0987@gmail.com	

Adres

Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 12-345	
Ulica ul. Popularna	Nr budynku 3	Nr lokalu 3

Czy tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu został uzyskany w Polsce czy za granicą?

W Polsce

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu

Poziom wykształcenia
Wykształcenie wyższe

Tytuł zawodowy Licencjat/Inżynier	Numer dokumentu 321321
Data wydania dokumentu 2023-06-05	Data rozpoczęcia kształcenia/studium 2020-10-01

Załączone dokumenty

- 📎 Dokument (PDF, 0,10MB)

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument
Szkoła policajna Collegium

Adres

Województwo MALOPOLSKIE	Powiat Nowy Sącz	Gmina Nowy Sącz
Miejscowość Nowy Sącz	Kod pocztowy 32-132	
Ulica ul. Szkolna	Nr budynku 1	Nr lokalu --

Oświadczenie o znajomości języka polskiego

Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu technika ortopeda, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Miejsce wykonywania zawodu

Brak miejsca zatrudnienia

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Podpisz wniosek

Jeżeli dane, które widzisz, są poprawne, możesz elektronicznie podpisać wniosek. Użyj Profilu Zaufanego, e-Dowodu lub podpisu kwalifikowanego. Pamiętaj, że po podpisaniu wniosku nie będzie już możliwości powrotu do jego edycji.

Anuluj < Poprzedni krok Podpisz wniosek

Kliknij w przycisk „Podpisz wniosek”.

Strona główna » Wpisy w rejestrze

Wniosek o aktualizację wpisu do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Uzupelnij wszystkie 4 kroki formularza udzielając nam jak najbardziej precyzyjnych informacji

Indywidualny identyfikator wpisu 2200000044	Numer wpisu 44	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Aktywny
--	-------------------	------------------------------------	--------------------------------------	-------------------

Organ właściwy
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie

1 Dane osobowe 2 Wykształcenie 3 Miejsce wykonywania zawodu 4 Podsumowanie

Zawód, o którego wpisanie wnioskujesz

Zawód medyczny
Technik ortopeda

Twoje dane

Imię FLORENTYNA	Nazwisko ZAWADZKA	PESEL 37041363834
Kraj obywatelstwa Polska	Kraj drugiego obywatelstwa Dania	
Numer telefonu 541258965	E-mail testywydajizm+0987@gmail.com	

Adres

Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 12-345	
Ulica ul. Popularna	Nr budynku 3	Nr lokalu 3

Czy tytuł zawodowy dla zgłaszanego zawodu został uzyskany w Polsce czy za granicą?
W Polsce

Dane dokumentu potwierdzającego kwalifikację do wykonywania zawodu

Poziom wykształcenia
Wykształcenie wyższe

Tytuł zawodowy Licencjat/Inżynier	Numer dokumentu 321321
Data wydania dokumentu 2023-06-05	Data rozpoczęcia kształcenia/studiów 2020-10-01

Załączone dokumenty

- 📎 Dokument (PDF, 0,10MB)

Nazwa placówki (szkoły), która wydała dokument
Szkoła policealna Collegium

Adres

Województwo MAŁOPOLSKIE	Powiat Nowy Sącz	Gmina Nowy Sącz
Miejscowość Nowy Sącz	Kod pocztowy 32-132	
Ulica ul. Szkolna	Nr budynku 1	Nr lokalu -

Oświadczenie o znajomości języka polskiego

Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu technik ortopeda, o którym mowa w art. 1 ust.1 pkt 1, z zastrzeżeniem ust. 2 (ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 o niektórych zawodach medycznych)

Miejsce wykonywania zawodu

Brak miejsca zatrudnienia

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Podpisz wniosek

Jeżeli dane, które widzisz, są poprawne, możesz elektronicznie podpisać wniosek. Użyj Profilu Zaufanego, e-Dowodu lub podpisu kwalifikowanego. Pamiętaj, że po podpisaniu wniosku nie będzie już możliwości powrotu do jego edycji.

Anuluj < Poprzedni krok Podpisz wniosek

Opcja: Wskazanie daty zaprzestania wykonywania zawodu.

Wpisz datę zaprzestania wykonywania zawodu i kliknij w przycisk „Zapisz”.

Strona główna >> Wpisy w rejestrze

Wpis w rejestrze nr 44

Indywidualny identyfikator wpisu 2200000044	Numer wpisu 44	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Aktywny ●
--	-------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------

Organ właściwy
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie

Aktualizujesz wpis

Wpisz datę zaprzestania wykonywania zawodu

Data*

2024-03-18 X 📅

Zapisz

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Anuluj Podpisz wniosek

Kliknij w kwadracik przy oświadczeniu o odpowiedzialności karnej, a następnie kliknij w przycisk „Podpisz wniosek”.

Strona główna >> Wpisy w rejestrze

Wpis w rejestrze nr 44

Indywidualny identyfikator wpisu 2200000044	Numer wpisu 44	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Aktywny ●
--	-------------------	------------------------------------	--------------------------------------	---------------------

Organ właściwy
Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie

Aktualizujesz wpis

Wpisz datę zaprzestania wykonywania zawodu

Data

18.03.2024

Edytuj

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Anuluj Podpisz wniosek

Opcja: Wskazanie daty wznowienia wykonywania zawodu.

Wpisz datę wznowienia wykonywania zawodu i kliknij w przycisk „Zapisz”.

[Strona główna](#) >> [Wpisy w rejestrze](#)

Wpis w rejestrze nr 44

Indywidualny identyfikator wpisu 2200000044	Numer wpisu 44	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Zaprzestano wykonywania zawodu ●
Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Data ostatniej aktualizacji 19-03-2024			

Aktualizujesz wpis

Wpisz datę wznowienia wykonywania zawodu

Data *

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Kliknij w kwadracik przy oświadczeniu o odpowiedzialności karnej, a następnie kliknij w przycisk „Podpisz wniosek”.

[Strona główna](#) >> [Wpisy w rejestrze](#)

Wpis w rejestrze nr 44

Indywidualny identyfikator wpisu 2200000044	Numer wpisu 44	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data wpisu do rejestru 19-03-2024	Status Zaprzestano wykonywania zawodu ●
Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Data ostatniej aktualizacji 19-03-2024			

Aktualizujesz wpis

Wpisz datę wznowienia wykonywania zawodu

Data

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

 Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

8. Generowanie zaświadczenia o wpisie

Zaświadczenie o wpisie w rejestrze generowane jest w formie pliku PDF.

Wygenerowane zaświadczenie będzie zawierało następujący zestaw danych o wpisie oraz pracowniku medycznym:

- imię (imiona)
- nazwisko
- nazwa wybranego zawodu medycznego
- numer wpisu
- indywidualny identyfikator wpisu
- data wpisu

Krok 1. Kliknij w hipertączę „Przejdź do listy wpisów” na stronie głównej lub w zakładkę „Wpisy w rejestrze” w menu bocznym.

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

[Wniośnij o wpis do rejestru](#)

Wnioski 4
Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadając na prośby urzędu
[Przejdź do wniosków >](#)

Wpisy w rejestrze 3
Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru
[Przejdź do listy wpisów >](#)

Kształcenie
Tu znajdziesz informacje o historii swojej edukacji medycznej
[Przejdź do historii kształcenia >](#)

Moje konto
Tu możesz zaktualizować dane swojego miejsca zamieszkania
[Przejdź na Moje konto >](#)

Rejestry e-Zdrowia

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Zwiń <

Wnioski

Wpisy w rejestrze

Powiadomienia 102

Kształcenie

Numer wpisu 13

Zawód i Ortop...

Organ właściwy Mazowiecki Urząd Woj...

Krok 2. Wybierz wpis i kliknij w przycisk „Pobierz zaświadczenie”.

Indywidualny identyfikator wpisu 1600000043	Numer wpisu 43	Zawód medyczny Ortoptystka	Data wpisu do rejestru 18-03-2024
Status Aktywny ●	Organ właściwy Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Data ostatniej aktualizacji 18-03-2024	

[Pobierz zaświadczenie](#) [Wnioskuj o zmianę](#) [Zobacz](#)

Krok 3. Zaświadczenie jest zapisane na dysku użytkownika

Wzór nazwy pliku **"Zaświadczenie o wpisie w rejestrze <identyfikator wpisu>.pdf"**.

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Data wstawienia 19.03.2024

Zaświadczenie o wpisie do rejestru

Nazwa rejestru **Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego**
Imię (imiona) **FLORENTYNA**
Nazwisko **ZAWADZKA**
Nazwa zawodu medycznego **Ortoptystka**
Numer wpisu **43**
Indywidualny identyfikator wpisu **1600000043**
Data wpisu **18.03.2024**

Niniejsze zaświadczenie potwierdza istnienie oraz dane wpisu w rejestrze na moment wygenerowania.
W celu uzyskania aktualnych oraz pełnych informacji o wpisie należy przy pomocy danych dostępnych w zaświadczeniu wyszukać wpis na stronie rejestru (<https://rizm.ezdrowie.gov.pl>).

9. Edytowanie adresu zamieszkania

Krok 1. Kliknij w hiperłącze „Przejdź na moje konto” na stronie głównej lub w imię i nazwisko w górnym prawym rogu i „Moje konto”.

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

[Wnioskuj o wpis do rejestru](#)

Wnioski 4
Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadać na prośby urzędu
[Przejdź do wniosków >](#)

Wpisy w rejestrze 3
Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru
[Przejdź do listy wpisów >](#)

Kształcenie
Tu znajdziesz informacje o historii swojej edukacji medycznej
[Przejdź do historii kształcenia >](#)

Moje konto
Tu możesz zaktualizować dane swojego miejsca zamieszkania
[Przejdź na Moje konto >](#)

Rejestry e-Zdrowia Złóż wniosek o wpis do rejestru FLORENTYNA ZAWADZKA ▾

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

[Wnioskuj o wpis do rejestru](#)

[Złóż wniosek o wpis do rejestru](#) FLORENTYNA ZAWADZKA ^

Aktualny kontekst główny

Pracownik medyczny ▾

[Moje konto](#)

[Wyloguj](#)

Krok 2. Kliknij w przycisk „Aktualizuj”.

Moje konto

Imię i nazwisko FLORENTYNA ZAWADZKA	Email testywydajrzm+0987@gmail.com	Pesel 37041363834
---	--	-----------------------------

Obywatelstwo

Kraj obywatelstwa
Polska

Miejsce zamieszkania

Adres

Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.

Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 12-345	
Ulica ul. Popularna	Nr budynku 3	Nr lokalu 3

Aktualizuj

Krok 3. Edytuj adres zamieszkania.

Miejsce zamieszkania

Adres

Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.

Województwo* MAZOWIECKIE	Powiat* ⓘ Warszawa	Gmina* ⓘ Warszawa
Miejscowość* ⓘ Warszawa	Kod pocztowy* ⓘ 12-345	
Ulica ⓘ ul. Popularna	Nr budynku* ⓘ 3	Nr lokalu ⓘ 3

Na stronie **Moje konto** możesz edytować również dane w sekcji **Obywatelstwo**.

Obywatelstwo

Kraj obywatelstwa*
Polska

Kraj drugiego obywatelstwa*
Dania [Usuń kraj drugiego obywatelstwa](#)

Krok 4. Zaznacz kwadracik przy oświadczeniu o odpowiedzialności karnej.

Obywatelstwo

Kraj obywatelstwa *
Polska

Kraj drugiego obywatelstwa *
Dania [Usuń kraj drugiego obywatelstwa](#)

Miejsce zamieszkania

Adres

Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.

Województwo * MAZOWIECKIE Powiat * Warszawa Gmina * Warszawa

Miejscowość * Warszawa Kod pocztowy * 12-345

Ulica ul. Popularna Nr budynku * 3 Nr lokalu 3

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej *

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Anuluj Zapisz

Krok 5. Kliknij w przycisk „Zapisz”.

Obywatelstwo

Kraj obywatelstwa *
Polska

Kraj drugiego obywatelstwa *
Dania [Usuń kraj drugiego obywatelstwa](#)

Miejsce zamieszkania

Adres

Nie mam miejsca zamieszkania w Polsce.

Województwo * MAZOWIECKIE Powiat * Warszawa Gmina * Warszawa

Miejscowość * Warszawa Kod pocztowy * 12-345

Ulica ul. Popularna Nr budynku * 3 Nr lokalu 3

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej *

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Anuluj Zapisz

Krok 6. Potwierdź klikając w przycisk „Aktualizuj”.

Aktualizacja danych użytkownika



Dane użytkownika zostaną zaktualizowane we wszystkich wpisach.
W przypadku zmiany województwa do obsługi zostanie przypisany właściwy terytorialnie Urząd Wojewódzki.
Zmiana wymaga podpisu elektronicznego.

Anuluj

Aktualizuj

Krok 7. Podpisz wniosek.

Krok 8. Zamknij krzyżykiem komunikat o aktualizacji danych.



Rejestry e-Zdrowia

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

[Strona główna](#)

Moje konto

Imię i nazwisko	Email	Pesel
FLORENTYNA ZAWADZKA	testwydajrizm+0987@gmail.com	37041363834

Obywatelstwo

Kraj obywatelstwa
Polska
Kraj drugiego obywatelstwa
Dania

Sukces

Dane adresowe zostały zaktualizowane.

10. Poprawienie wniosku

Urząd Wojewódzki zwróci wniosek do poprawy, jeśli wniosek zawiera błędy lub braki.

Urząd Wojewódzki oznaczy pole, załącznik lub całą sekcję do poprawy oraz doda komentarz.

Wniosek otrzymuje status „Do poprawy”.

Od momentu zwrotu wniosku do poprawy przez Urząd Wojewódzki, masz 21 dni na poprawę błędów czy uzupełnienie braków we wniosku.

W nagłówku wpisu znajduje się licznik, który odmierza, ile dni zostało na poprawę wniosku.

Numer wniosku 0000000142	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data złożenia 19-03-2024
Właściwy urząd Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Status Do poprawy ○ Pozostało 21 dni		
		Popraw	Zobacz

Po upływie wyznaczonego terminu wniosek otrzyma status „Bez rozpoznania” i konieczne będzie ponowne złożenie wniosku o wpis.

Krok 1. Kliknij w hipertączę „Przejdź do wniosków” na stronie głównej lub zakładkę „Wnioski” w menu bocznym.

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Witamy w rejestrze. Tu znajdziesz swoją dokumentację powstałą w związku z uprawianiem zawodu medycznego

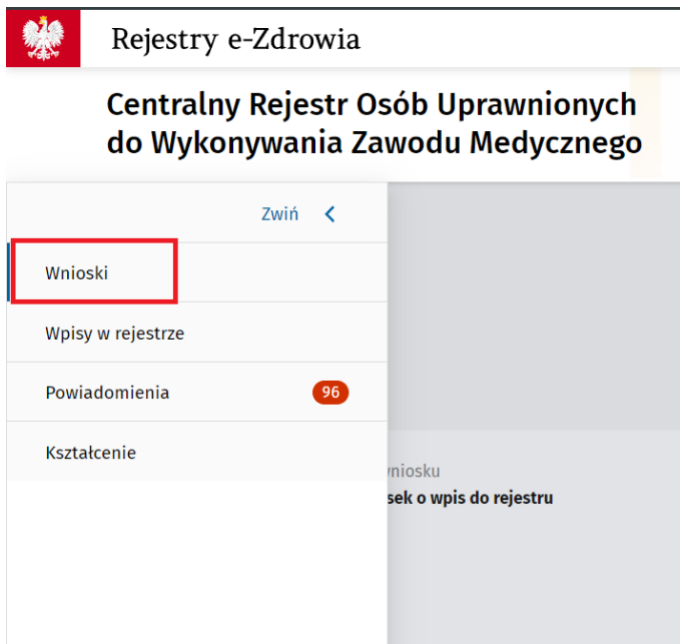
[Wnioski o wpis do rejestru](#)

Wnioski 5
Tu znajdziesz wszystkie swoje wnioski. Możesz śledzić, co się z nimi dzieje, odpowiadać na prośby urzędu
[Przejdź do wniosków >](#)

Wpisy w rejestrze 3
Tu znajdziesz dane swoich wpisów do rejestru
[Przejdź do listy wpisów >](#)

Kształcenie
Tu znajdziesz informacje o historii swojej edukacji medycznej
[Przejdź do historii kształcenia >](#)

Moje konto
Tu możesz zaktualizować dane swojego miejsca zamieszkania
[Przejdź na Moje konto >](#)



Krok 2. Wybierz wniosek o statusie „Do poprawy” i kliknij w przycisk „Popraw”.

Numer wniosku 000000142	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data złożenia 19-03-2024	Właściwy urząd Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie
Status Do poprawy o Pozostało 21 dni				
				<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Popraw Zobacz </div>

Zanim rozpoczniesz poprawę wniosku możesz zapoznać się ze szczegółami zwróconego wniosku klikając w przycisk „Zobacz”.

Numer wniosku 000000142	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Zawód medyczny Technik ortopeda	Data złożenia 19-03-2024	Właściwy urząd Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie
Status Do poprawy o Pozostało 21 dni				
				<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> Popraw Zobacz </div>

Możesz przejść od razu ze szczegółów wniosku do funkcji poprawy klikając w przycisk „Popraw”.

[Strona główna](#) >> [Wnioski](#)

Wniosek o wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

[Popraw](#)

Zawód medyczny
Technik ortopeda

Numer wniosku 0000000142	Typ wniosku Wniosek o wpis do rejestru	Status Do poprawy	Urząd właściwy do rozpatrzenia wniosku Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie	Data wniosku 19-03-2024
------------------------------------	--	-----------------------------	--	-----------------------------------

Twoje dane

Komentarz do pola "Numer telefonu" Data: 19-03-2024

Za krótki numer telefonu
Poprzednia wartość: 123

Krok 3. Popraw dane w polu podświetlonym na czerwono zgodnie z komentarzem.

Twoje dane

Komentarz do pola "Numer telefonu" Data: 19-03-2024

Za krótki numer telefonu
Poprzednia wartość: 123

Imię FLORENTYNA	Nazwisko ZAWADZKA	PESEL 37041363834
---------------------------	-----------------------------	-----------------------------

Kraj obywatelstwa
Polska

Numer telefonu * <input style="border: 1px solid red;" type="text" value="123"/>	E-mail testywydajrizm+0987@gmail.com
---	--

[Popraw dane zgodnie z komentarzem](#)

Krok 4. Klikając w przycisk „**Następny krok**” przejdź do podsumowania.

1
 Dane osobowe
Do korekty

2
 Wykształcenie

3
 Miejsce wykonywania zawodu

4
 Podsumowanie

Zawód, o który wnioskujesz

Zawód medyczny
Technik ortopeda

Twoje dane

✖ **Komentarz do pola "Numer telefonu"** Data: 19-03-2024
 Za krótki numer telefonu
 Poprzednia wartość: 123

Imię FLORENTYNA	Nazwisko ZAWADZKA	PESEL 37041363834
Kraj obywatelstwa Polska		
Numer telefonu* <input style="width: 100%;" type="text" value="123"/>	E-mail testywydajrizm+0987@gmail.com	

Popraw dane zgodnie z komentarzem

Miejsce zamieszkania

Województwo MAZOWIECKIE	Powiat Warszawa	Gmina Warszawa
Miejscowość Warszawa	Kod pocztowy 12-345	
Ulica uL. Popularna	Nr budynku 3	Nr lokalu 3

Anuluj

Następny krok >

Krok 5. Zaznacz oświadczenie o odpowiedzialności karnej klikając w kwadracik.

Miejsce wykonywania zawodu

✓ Brak miejsca zatrudnienia

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Podpisz wniosek

Jeżeli dane, które widzisz, są poprawne, możesz elektronicznie podpisać wniosek. Użyj Profilu Zaufanego, e-Dowodu lub podpisu kwalifikowanego. Pamiętaj, że po podpisaniu wniosku nie będzie już możliwości powrotu do jego edycji.

Anuluj

< Poprzedni krok

Podpisz wniosek >

Krok 6. Podpisz wniosek.

Miejsce wykonywania zawodu

✓ Brak miejsca zatrudnienia

Oświadczenie o odpowiedzialności karnej*

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Podpisz wniosek

Jeżeli dane, które widzisz, są poprawne, możesz elektronicznie podpisać wniosek. Użyj Profilu Zaufanego, e-Dowodu lub podpisu kwalifikowanego. Pamiętaj, że po podpisaniu wniosku nie będzie już możliwości powrotu do jego edycji.

Anuluj

< Poprzedni krok

Podpisz wniosek >

11. Wyszukaj powiadomienie

Krok 1. Na stronie głównej kliknij w hiperłącze „Przejdź do powiadomień” lub kliknij w zakładkę „Powiadomienia” w menu bocznym.

Numer wniosku lub wpisu	Data	Temat	
0000000127	19.03.2024 19:05:51	Odrzucono wniosek	Nowe ▾
0000000127	19.03.2024 19:05:40	Oplacony wniosek	Nowe ▾
0000000124	19.03.2024 19:05:08	Odrzucono wniosek	Nowe ▾
0000000140	19.03.2024 19:05:00	Odrzucono wniosek	Nowe ▾
0000000140	19.03.2024 19:04:46	Oplacony wniosek	Nowe ▾

[Przejdź do powiadomień >](#)

Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego

Zwiń <

Wnioski

Wpisy w rejestrze

Powiadomienia 96

Kształcenie

Temat: Wybierz ...

Numer wniosku lub wpisu: Wybierz ...

Wyczyść kryteria wyszukiwania

Szukaj

Krok 2. Wprowadź kryteria wyszukiwania – musisz podać co najmniej jeden atrybut:

- Zakres dat
- Temat
- Numer wniosku lub wpisu

[Strona główna](#)

Powiadomienia

Znajdź powiadomienia

Zakres dat:

Temat: Wybierz ...

Numer wniosku lub wpisu: Wybierz ...

Wyczyść kryteria wyszukiwania

Szukaj

Krok 3. Kliknij w przycisk „Szukaj”.

[Strona główna](#)

Powiadomienia

Znajdź powiadomienia

Zakres dat: 2024-03-05 – 2024-03-19

Temat: Wybierz ...

Numer wniosku lub wpisu: Wybierz ...

Lista powiadomień spełniających kryteria wyświetli się pod wyszukiwarką.

[Strona główna](#)

Powiadomienia

Znajdź powiadomienia

Zakres dat: 2024-03-05 – 2024-03-19

Temat: Wybierz ...

Numer wniosku lub wpisu: Wybierz ...

Lista powiadomień

Wszystkich pozycji 78 Pokaż na stronie

Data	Numer wniosku lub wpisu	Temat	
19.03.2024 19:05:51	0000000127	Odrzucono wniosek	Nowe <input type="text"/>
19.03.2024 19:05:40	0000000127	Opłacony wniosek	Nowe <input type="text"/>
19.03.2024 19:05:08	0000000124	Odrzucono wniosek	Nowe <input type="text"/>

12. Wylogowanie

Krok 1. Kliknij w imię i nazwisko w górnym prawym rogu.

The screenshot shows the top navigation bar of the 'Rejestry e-Zdrowia' website. On the left is the Polish coat of arms and the text 'Rejestry e-Zdrowia'. On the right, there is a link 'Złóż wniosek o wpis do rejestru' and a user profile dropdown menu showing 'FLORENTYNA ZAWADZKA'. Below the navigation bar is a banner for the 'Centralny Rejestr Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego' with a welcome message and a 'Wnioskuj o wpis do rejestru' button. The main content area features four cards: 'Wnioski' (5), 'Wpisy w rejestrze' (3), 'Kształcenie', and 'Moje konto', each with a brief description and a link to the respective section.

Krok 2. Kliknij w przycisk „Wyloguj”.

This screenshot shows the user profile dropdown menu from the previous screenshot. The menu is open, displaying the text 'Złóż wniosek o wpis do rejestru' and the user name 'FLORENTYNA ZAWADZKA'. Below this, there is a section titled 'Aktualny kontekst główny' with a dropdown menu currently set to 'Pracownik medyczny'. At the bottom of the menu, there are two buttons: 'Moje konto' and 'Wyloguj'. The 'Wyloguj' button is highlighted with a red rectangular border.