

UWAGA: formularz drukować dwustronnie i wypełnić drukowanymi literami

Nazwisko, imiona (pierwsze, drugie)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">PESEL</p>																					
Komórka organizacyjna – pieczętka kod OPK	nr. prawa wykonywania zawodu**																					
Stanowisko służbowe <input type="checkbox"/> kierownik/ordynator <input type="checkbox"/> pielęgniarka <input type="checkbox"/> statystyk <input type="checkbox"/> z-ca kierownika <input type="checkbox"/> pielęgniarka oddziałowa <input type="checkbox"/> rejestratorka <input type="checkbox"/> lekarz <input type="checkbox"/> sekretarka medyczna <input type="checkbox"/> sekretarka**	tel. kontaktowy tel. wewn. Nr pokoju:																					
Termin ważności uprawnień od: 20...../...../...../ do: 20...../...../...../ lub bezterminowo*																						
uprawnienia do aplikacji mają być: A ktywowane -> należy wpisać „ A ” B lokowane -> należy wpisać „ B ” Z mienione -> należy wpisać „ Z ” <i>/hasło nie jest zmienione/ nie zmienione -> należy wpisać „-“</i>																						

(1) AMMS (HIS elektroniczna dokumentacja medyczna)	login	hasło pierwsze logowanie	admin
Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”	wpis do Portalu Świadczeniodawcy - potwierdzenie Pionu Monitorowania Świadczeń Medycznych		
Rejestracja - Przychodnia			
Gabinet - Przychodnia			
.....			
Gabinet - Zabiegowy			
.....			
Pracownia			
.....			
Izba przyjęć			
Oddział/y ¹			
.....			
.....			
SOR			
Apteczka oddziałowa			
Zakażenia Szpitalne			
APTEKA			
Rozliczenia			
Statystyka			
Inne.....			
.....			

(2) Laboratorium (wyniki badań laboratoryjnych /SYNEVO/)	login	hasło pierwsze logowanie	admin	
Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”	wpis do Portalu Świadczeniodawcy - potwierdzenie Pionu Monitorowania Świadczeń Medycznych			
Analityka:				
Oddziały				<input type="checkbox"/> wszystkie 1
				<input type="checkbox"/> inne (wymienić jakie) 1
Poradnie				<input type="checkbox"/> wszystkie (z wyłączeniem badań z Poradni Lekarza Zakładowego) 1
				<input type="checkbox"/> inne (wymienić jakie) 1
Histopatologia				
Bakteriologia				
Inne:				
.....				
Analityka ² Poradnia Lekarza Zakładowego				

* niepotrzebne skreślić, ** jeżeli dotyczy - obowiązkowo wypełnić

¹ dostęp do różnych komórek wymagana zgoda: Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa/ Z-cy Dyrektora ds. Onkologii po uzyskaniu opinii Kierującego oddziałem

² dostęp do Poradni Lekarza Zakładowego wymagana Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa

(3) INFINITT /QRIS (przeгляд diagnostyki obrazowej)		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
Lekarz klincysta				
Lekarz radiolog				
Technik				
ORION - archiwum				
inne				

(4) CATO (zlecenia i produkcja chemioterapeutyków)		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
Lekarz				
Mgr farmacji				
Technik farmacji				
Pielęgniarka (podawanie tabletek)				
Podgląd				

(5) Bank Krwi		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
Lekarz				
Pielęgniarka				
Diagnosta laboratoryjny				
Technik laboratoryjny				
inne				

(6) Fressenius (żywienie pozajelitowe)		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
Archiwum				

(7) nfoMedica (część administracyjna)		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
GRAFIK				
Kadry				
Place				
Koszty				
Finanse i Księgowość				
Gospodarka Materiałowa				
Środki Trwałe				
inne				

(8) Active Directory		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
konto AD logowania do komputerów, terminali				
Folder na serwerze - komórka organizacyjna				
Folder na serwerze - indywidualnie				
Dostęp do drukarek NR:				

(9) e-mail		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
zewnątrzna poczta imienna@kopernik.lodz.pl				
wewnętrzna poczta imienna@linksklad.kssk				
zewnątrzna poczta działu dzial@kopernik.lodz.pl				

(10) Pozostałe (inne aplikacje – należy wymienić jakie)		login	hasło pierwsze logowanie	admin
	Zaznaczyć: „A” lub „B” lub „-”			
EOD (elektroniczny obieg dokumentów)		= konto w AD		
Konto ePUAP Centrum				
uprawnienie do wykonywania transakcji bankowych				
inne				

Oświadczam, że wnioskowane uprawnienia są niezbędne do wykonywania obowiązków służbowych przez pracownika. Zobowiązuję się powiadomić Pełnomocnika ds. Bezpieczeństwa jeżeli wymagane będzie dokonanie zmian w zakresie przydzielonych uprawnień.

.....
data, podpis i pieczęć bezpośredniego przełożonego

Potwierdzam odbiór haseł i zobowiązuję się do:

- 1) niezwłocznej zmiany przydzielonych haseł na nowe,
- 2) zabezpieczenia oraz nieudostępniania otrzymanych haseł innym osobom,
- 3) przestrzegania obowiązującej w Centrum Szczegółowej Polityki Bezpieczeństwa Informacji;

.....
data, czytelny podpis pracownika

Upoważnienie do przetwarzania danych osobowych

NR
.....
podpis osoby autoryzującej wniosek

Wniosek zrealizowano

.....
data i podpis Administratora Aplikacji