



## Dodanie nowego operatora w SZOI

1. Logujemy się do aplikacji SZOI - <https://szoi.nfz.poznan.pl/ap-mzwi/>



Narodowy Fundusz Zdrowia

WIELKOPOLSKI  
Oddział Wojewódzki  
w Poznaniu



### System Zarządzania Obiegiem Informacji

**Wpisujemy login, hasło i klikamy "Akceptuj"**

#### Logowanie

PIN:

Hasło:

[Przypomnij mi hasło](#)

- ⊗ Najczęściej zadawane pytania {[więcej...](#)}
- ⊗ Zgubiłeś, bądź zapomniałeś swój PIN/hasło {[więcej...](#)} {[wniosek o wygenerowanie nowego hasła](#)}
- ⊗ Instrukcje obsługi Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji {[więcej...](#)}
- ⊗ Formularz rejestracyjny {[rejestracja nowego konta](#)}

Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ w Poznaniu

2. Klikamy w „Administrator” - > Operatorzy

Przejdź do danych działalności'. Below this is the 'Komunikaty operatora' section with search filters for 'Temat', 'Zawiera', 'Szukaj', 'Priorytet', 'Status', and 'Kategoria'. At the bottom, there are navigation arrows and the text 'Bieżący zakres pozycji: 1 - 20'."/>

**NPFZ**  
Narodowy Fundusz Zdrowia

**WIELKOPOLSKI**  
Oddział Wojewódzki  
w Poznaniu

**Informacje** **Komunikaty** **Potencjał Realizator** **Umowy Pacjent** **Sprawozdawczość** **Administrator** **System**

**Świadczeniodawca**  
Identyfikator:  
Nazwa:

✖ Brak adresów elektronicznych. Proszę uzupełnić dane działalności. [Przejdź do danych działalności](#)

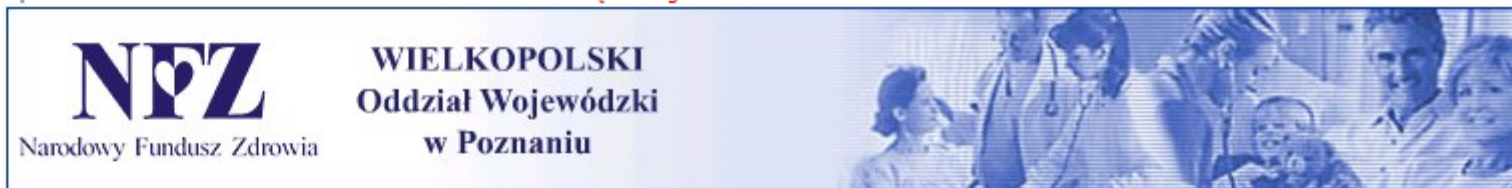
**Komunikaty operatora**

Temat ▾ Zawiera ▾ Szukaj

Priorytet: -- wszystkie -- ▾ Status: -- wszystkie -- ▾ Kategoria: -- wybierz -- ▾

>>> Bieżący zakres pozycji: 1 - 20 >>>

3. Klikamy na „Dodawanie Operatora”



**Informacje** **Komunikaty** **Potencjał** **Realizator** **Umowy** **Pacjent** **Sprawozdawczość** **Administrator** **System**

**Świadczeniodawca**  
Identyfikator:  
Nazwa:

✖ Brak adresów elektronicznych. Proszę uzupełnić dane działalności. [Przejdź do danych działalności](#)

**Operatorzy**

Login ▾ Zawiera ▾  Szukaj

[>>>](#) Bieżący zakres pozycji: 1-20 [>>>](#)

**Dodawanie operatora**

4. Uzupełniamy pola imię, nazwisko, login, hasło, email. (Pole login należy wymyśleć zgodnie z upodobaniami)

Informacje Komunikaty Potencjał Realizator Umowy Pacjent Sprawozdawczość Administrator System

Świadczeniodawca  
Identyfikator:  
Nazwa:

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

### Dodaj operatora

Imię:\*

Nazwisko:\*

Login:\*

Hasło:\*

Potwierdzenie hasła:\*

Adres e-mail:\*

Aktywność:\*  tak

Wyślij powiadomienie mailem

Anuluj

**Przykładowe dane (nie muszą być idnetyczne)**

**UWAGI:**  
\* pola wymagane