

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

[illegible]

7. Adres miejsca zamieszkania

7D. Ulica				7E. Numer domu/mieszkania				7F. Kod pocztowy i miejscowość					
8. Numer telefonu													
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)													

10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona⁶⁾)

10A. Imię	10B. Nazwisko	10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

Adres miejsca zamieszkania

10D. Ulica	10E. Numer domu/mieszkania	10F. Kod pocztowy i miejscowość

10G. Imię	10H. Nazwisko	10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

Adres miejsca zamieszkania

10J. Ulica	10K. Numer domu/mieszkania	10L. Kod pocztowy i miejscowość

11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ²⁾	12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
--	--

[illegible]

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczeniodawcy

13B. Adres siedziby
świadczeniodawcy

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

☐ po raz pierwszy

☐ po raz drugi⁴⁾

☐ po raz kolejny⁴⁾

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- ☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
- o zmiana miejsca zamieszkania
 - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - o osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

☐ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko lekarza
podstawowej opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

☐ po raz pierwszy

☐ po raz drugi⁴⁾

☐ po raz kolejny⁴⁾

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- ☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
- o zmiana miejsca zamieszkania
 - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - o osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

☐ inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾****I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY**

1. Imię	2. Nazwisko	3. Nazwisko rodowe													
4. Data urodzenia	5. Płeć	6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość													
____-____-____ dzień – miesiąc – rok	M/K	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													

7. Adres miejsca zamieszkania

7D. Ulica	7E. Numer domu/mieszkania	7F. Kod pocztowy i miejscowość													
8. Numer telefonu	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)															

10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona⁶⁾)

10A. Imię	10B. Nazwisko	10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

Adres miejsca zamieszkania

10D. Ulica	10E. Numer domu/mieszkania	10F. Kod pocztowy i miejscowość

10G. Imię	10H. Nazwisko	10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

Adres miejsca zamieszkania

10J. Ulica	10K. Numer domu/mieszkania	10L. Kod pocztowy i miejscowość

11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾**12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>														<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>			

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczeniodawcy

13B. Adres siedziby
świadczeniodawcy

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

☐ po raz pierwszy

☐ po raz drugi⁴⁾

☐ po raz kolejny⁴⁾

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:

- o zmiana miejsca zamieszkania
- o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

☐ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko pielęgniarki
podstawowej opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

☐ po raz pierwszy

☐ po raz drugi⁴⁾

☐ po raz kolejny⁴⁾

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:

- o zmiana miejsca zamieszkania
- o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

☐ inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

[illegible]

7. Adres miejsca zamieszkania

7D. Ulica				7E. Numer domu/mieszkania				7F. Kod pocztowy i miejscowość							
8. Numer telefonu															
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)															

10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona⁶⁾)

10A. Imię	10B. Nazwisko	10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

Adres miejsca zamieszkania

10D. Ulica	10E. Numer domu/mieszkania	10F. Kod pocztowy i miejscowość

10G. Imię	10H. Nazwisko	10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

Adres miejsca zamieszkania

10J. Ulica	10K. Numer domu/mieszkania	10L. Kod pocztowy i miejscowość

11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ²⁾	12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia
--	--

[illegible]

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczeniodawcy

13B. Adres siedziby
świadczeniodawcy

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

☐ po raz pierwszy

☐ po raz drugi⁴⁾

☐ po raz kolejny⁴⁾

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:

- o zmiana miejsca zamieszkania
- o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

☐ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko położnej
podstawowej opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

☐ po raz pierwszy

☐ po raz drugi⁴⁾

☐ po raz kolejny⁴⁾

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:

- o zmiana miejsca zamieszkania
- o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

☐ inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)