

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

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

1. Imię					2. Nazwisko												
3. Data urodzenia					4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość												
dzień – miesiąc –rok																	
5. Adres miejsca zamieszkania																	
5A. <i>Ulica</i>					5B. <i>Numer domu/mieszkania</i>					5C. <i>Kod pocztowy i miejscowość</i>							
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)																	
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)																	
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)																	
8A. <i>Imię</i>				8B. <i>Nazwisko</i>						8C. <i>Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)							
Adres miejsca zamieszkania																	
8D. <i>Ulica</i>					8E. <i>Numer domu/mieszkania</i>					8F. <i>Kod pocztowy i miejscowość</i>							
Adres miejsca zamieszkania																	
8G. <i>Imię</i>				8H. <i>Nazwisko</i>						8I. <i>Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)							
Adres miejsca zamieszkania																	
8J. <i>Ulica</i>					8K. <i>Numer domu/mieszkania</i>					8L. <i>Kod pocztowy i miejscowość</i>							

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

9. 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:

9A. Nazwa (firma)
świadczeniodawcy

9B. Adres siedziby
świadczeniodawcy

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny³⁾

11. 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:
- ☐ zmiana miejsca zamieszkania
 - ☐ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarke podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- ☐ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

Imię i nazwisko pielęgniarki
podstawowej opieki
zdrowotnej

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny³⁾

14. 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:
- ☐ zmiana miejsca zamieszkania
 - ☐ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- ☐ inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾