

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

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				
7. Adres miejsca zamieszkania						
7A. Ulica			7B. Numer domu/mieszkania		7C. Kod pocztowy i miejscowość	
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)						
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona⁹⁾)						
10A. Imię		10B. Nazwisko			10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>						
10D. Ulica			10E. Numer domu/mieszkania		10F. Kod pocztowy i miejscowość	
10G. Imię		10H. Nazwisko			10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>						
10I. 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		

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.) deklaruje wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczoniodawcy

13B. Adres siedziby
świadczoniodawcy

14. W bieżącym roku dokonuje 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:
 - zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczoniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy
 - 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
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

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

Imię i nazwisko
lekarza podstawowej
opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuje 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:
 - zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczoniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy
 - 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
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

.....
(data)

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

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