

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEŃNIARKI  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

<b>1. Imię</b>												<b>2. Nazwisko</b>						<b>3. Nazwisko rodowe</b>					
<b>4. Data urodzenia</b>						<b>5. Płeć</b>			<b>6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>														
--- -- dzień — miesiąc — rok						M/K																	
<b>7. Adres miejsca zamieszkania</b>																							
<b>7A. Ulica</b>												<b>7B. Numer domu/mieszkania</b>						<b>7C. Kod pocztowy i miejscowość</b>					
<b>8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>																							
<b>9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>																							
<b>10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>6)</sup>)</b>																							
<b>10A. Imię</b>						<b>10B. Nazwisko</b>						<b>10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>											
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																							
<b>10D. Ulica</b>												<b>10E. Numer domu/mieszkania</b>						<b>10F. Kod pocztowy i miejscowość</b>					
<b>10G. Imię</b>						<b>10H. Nazwisko</b>						<b>10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>											
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																							
<b>10J. Ulica</b>												<b>10K. Numer domu/mieszkania</b>						<b>10L. Kod pocztowy i miejscowość</b>					
<b>11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2)</sup></b>												<b>12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b>											

**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:<sup>3)</sup>**

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
--	---	---

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

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li></ul>
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

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

Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	
--	--

**17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>**

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>	<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>
--	---	---

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

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li></ul>
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

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

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