

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
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> |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| ____-____-____<br>dzień — miesiąc — rok   |  |  |               | M/K                        |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>7. Adres miejsca zamieszkania</b>  |  |  |               |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| 7A. Ulica   |  |  |               | 7B. Numer domu/mieszkania  |  |  |  | 7C. Kod pocztowy i miejscowość  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |               |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| <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> |  |  |               |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10A. Imię   |  |  | 10B. Nazwisko |                            |  | 10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |               |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Adres miejsca zamieszkania</b>   |  |  |               |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10D. Ulica  |  |  |               | 10E. Numer domu/mieszkania |  |  |  | 10F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |               |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10G. Imię   |  |  | 10H. Nazwisko |                            |  | 10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |               |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Adres miejsca zamieszkania</b>   |  |  |               |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| 10J. Ulica  |  |  |               | 10K. Numer domu/mieszkania |  |  |  | 10L. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |  |               |                            |  |  |  |                                 |  |  |  |  |  |  |  |
| <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.) deklaruje wybór:

13A. Nazwa (firma)  
świadczeniodawcy

13B. Adres siedziby  
świadczeniodawcy

14. W bieżącym roku dokonuje wyboru:<sup>3)</sup>

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

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:

- 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

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

Imię i nazwisko położnej  
podstawowej opieki zdrowotnej

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

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

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:

- 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, 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)