

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

| 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. Ulica | | | | 5B. Numer domu / mieszkania | | | | 5C. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | | | | | | |
| 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. Imię | | | 8B. Nazwisko | | | | 8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8D. Ulica | | | | 8E. Numer domu/mieszkania | | | | 8F. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | | | | | | |
| 8G. Imię | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8H. Nazwisko | | | 8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8J. Ulica | | | | 8K. Numer domu/mieszkania | | | | 8L. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | | | | | | |

| II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY | |
|---|--|
| 9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór: | |
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy | |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | |
| 10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: ²⁾ | |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾ |
| 11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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"> <input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <input type="checkbox"/> inna okoliczność | |
| III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA 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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | |
| 13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: ²⁾ | |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾ |
| 14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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"> <input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <input type="checkbox"/> inna okoliczność | |
| (data) | (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) ⁵⁾ |