

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
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 <i>(pole nieobowiązkowe)</i>															
7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>															
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)															
8A. Imię			8B. Nazwisko						8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>															
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>															
8G. Imię			8H. Nazwisko						8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>															
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⁾	
☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ 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:	
☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: - o zmiana miejsca zamieszkania - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	
☐ inna okoliczność	
III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej podstawowej opieki zdrowotnej	
13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: ²⁾	
☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ 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:	
☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: - o zmiana miejsca zamieszkania - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	
☐ inna okoliczność	
..... (data)	 (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) ⁵⁾