

**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⁾

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny³⁾

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - o 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
 - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- 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⁾

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny³⁾

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

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾

