

**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 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:
- zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną z podstawową opieką zdrowotną u wybranego świadczeniodawcy
 - 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 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:
- zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną z podstawową opieką zdrowotną u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....

inna okoliczność

.....
(data)

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