

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY													
1. Imię			2. Nazwisko					3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość								
____-____-____ dzień — miesiąc — rok			M/K										
7. Adres miejsca zamieszkania													
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość					
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)													
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)													
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁶⁾)													
10A. Imię		10B. Nazwisko					10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>													
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość					
10G. Imię		10H. Nazwisko					10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>													
10J. Ulica				10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość					
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾								12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia					

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

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.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczoniodawcy

13B. Adres siedziby
świadczoniodawcy

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

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

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko położnej
podstawowej opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

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

.....
(data)

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

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)