

**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 (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)						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>														
8D. Ulica					8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość					
8G. Imię				8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
<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 2017r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma)
Świadczeniodawcy

9B. Adres siedziby
Świadczeniodawcy

10. W bieżącym roku 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:
- zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność.

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017r. 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:
- zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- inna okoliczność.

.....
(data)

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