

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>												
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>						
<b>3. Data urodzenia</b>						<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>						
dzień - miesiąc - rok												
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>												
<b>5A. Ulica</b>					<b>5B. Numer domu/ mieszkania</b>			<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup>)</b>												
<b>8A. Imię</b>			<b>8B. Nazwisko</b>				<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<b>8D. Ulica</b>					<b>8E. Numer domu/ mieszkania</b>			<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>8G. Imię</b>			<b>8H. Nazwisko</b>				<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<b>8J. Ulica</b>					<b>8K. Numer domu/ mieszkania</b>			<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>				

## 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: <sup>2)</sup>

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - 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
  - 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 2017r. o podstawowej opiece Zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>4)</sup>

Imię i nazwisko  
lekarza podstawowej  
opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru <sup>2)</sup>

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>

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

inna okoliczność.

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup>