DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ[1)]

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)*

Adres miejsca zamieszkania

10D. *Ulica*	10E. *Numer domu/mieszkania*	10F. *Kod pocztowy i miejscowość*

10G. *Imię*	10H. *Nazwisko*	10I. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)*

Adres miejsca zamieszkania

10J. *Ulica*	10K. *Numer domu/mieszkania*	10L. *Kod pocztowy i miejscowość*

11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej[2)]	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) świadczeniodawcy*	
13B. *Adres siedziby świadczeniodawcy*	

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)]

☐ po raz pierwszy	☐ po raz drugi[4)]	☐ po raz kolejny[4)]

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 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

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

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)]

☐ po raz pierwszy	☐ po raz drugi[4)]	☐ po raz kolejny[4)]

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 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

…… *(data)*	…… *(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)*

……
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)