

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI
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>					
Adres miejsca zamieszkania											
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość			
8G. Imię			8H. Nazwisko			8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>					
Adres miejsca zamieszkania											
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) świadczonodawcy	
9B. Adres siedziby świadczonodawcy	

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczonodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczonodawcy<input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczonodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI 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 pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	
---	--

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczonodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczonodawcy<input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczonodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

.....
(data)

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