

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI  
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>								
<div style="text-align: center;">           _ _ - _ - _ - _ -            dzień - miesiąc - rok         </div>												
<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</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>												
<b>7. Adres e-mail</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>												
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> )												
<b>8A. Imię</b>			<b>8B. Nazwisko</b>						<b>8C. Numer telefonu</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>			
<b>Adres miejsca zamieszkania</b>												
<b>8D. Ulica</b>					<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>			<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>Adres miejsca zamieszkania</b>												
<b>8G. Imię</b>			<b>8H. Nazwisko</b>						<b>8I. Numer telefonu</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>			
<b>Adres miejsca zamieszkania</b>												
<b>8J. Ulica</b>					<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>			<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>				

<b>II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY</b>	
<b>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:</b>	
9A. Nazwa(firma) świadczeniodawcy	
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	
<b>10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></b>	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>
<b>11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</b>	
<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"> <li>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność	
<b>III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>	
<b>12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup></b>	
Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	
<b>13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></b>	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>
<b>14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</b>	
<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"> <li>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność	
..... (data)	..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup>