

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

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							
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>___ - ___ - ___</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <span>dzień</span> <span>miesiąc</span> <span>rok</span> </div>				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 <sup>6)</sup> )													
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													
10G. Imię				10H. Nazwisko				10 I. 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 <sup>2)</sup>							12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						

**I. 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)  
świadczeniodawcy13B. Adres siedziby  
świadczeniodawcy**14. W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3)</sup>** po raz pierwszy po raz drugi <sup>4)</sup> po raz kolejny <sup>4)</sup>**15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:**

- okoliczność określona 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 ZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ****16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>5)</sup>**Imię i nazwisko lekarza  
podstawowej opieki  
zdrowotnej**17. W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3)</sup>** po raz pierwszy po raz drugi <sup>4)</sup> po raz kolejny <sup>4)</sup>**18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:**

- okoliczność określona 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)