

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

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								
____ - ____ - ____ <small>dzień miesiąc rok</small>				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 ubezwłasnowolniona⁶⁾)														
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					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 zdrowotnej²⁾								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: 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 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, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....

 inna okoliczność**III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI 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 pielęgniarzki
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 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, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....

 inna okoliczność.....
(data).....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego).....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)