

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA
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								
<div style="text-align: center;"> _ _ - _ _ - _ _ _ _ dzień - miesiąc - rok </div>														
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) świadczeniodawcy	
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	

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">o zmiana miejsca zamieszkaniao zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcyo osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatriio z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA 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 lekarza 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">o zmiana miejsca zamieszkaniao zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcyo osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatriio z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

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