

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

| <b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>   |  |  |  |                            |   |  |   |                                 |  |  |  |  |
|--|--|--|--|----------------------------|---|--|---|---------------------------------|--|--|--|--|
| 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 |  |   |                                 |  |  |  |  |
| ____-____-____<br>dzień — miesiąc — rok  |  |  | M/K  |                            |   |  |   |                                 |  |  |  |  |
| 7. Adres miejsca zamieszkania  |  |  |  |                            |   |  |   |                                 |  |  |  |  |
| 7A. Ulica  |  |  |  | 7B. Numer domu/mieszkania  |   |  |   | 7C. Kod pocztowy i miejscowość  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |                            |   |  |   |                                 |  |  |  |  |
| 8. Numer telefonu<br>(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  |  |  | 10H. Nazwisko  |                            |   |  | 10I. 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 |   |                                 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |                            |   |  |   |                                 |  |  |  |  |
| <b>II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY</b>   |  |  |  |                            |   |  |   |                                 |  |  |  |  |
| 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) świadczeniodawcy  |  |  | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ<br>ZEŁOWSKIE CENTRUM ZDROWIA<br>PRZYCHODNIA W ZEŁOWIE GABINET POŁOŻNEJ ŚRODOWISKOWEJ |                            |   |  |   |                                 |  |  |  |  |
| 13B. Adres siedziby świadczeniodawcy   |  |  | UL. ŻEROMSKIEGO 21 97-425 ZEŁÓW  |                            |   |  |   |                                 |  |  |  |  |

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 w 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, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

### III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej  
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 w 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, połączną 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)