

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU
 PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI 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 | | | | | | | |
| --- -- -- dzień — miesiąc — rok | | | M/K | | | | | | | | | |
| 7. Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | |
| 7A. Ulica | | | | 7B. Numer domu/mieszkania | | | | 7C. Kod pocztowy i miejscowość | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 8. Numer telefonu <small>(pole nieobowiązkowe)</small> | | | | | | | | | | | | |
| 9. Adres e-mail <small>(pole nieobowiązkowe)</small> | | | | | | | | | | | | |
| 10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁶⁾) | | | | | | | | | | | | |
| 10A. Imię | | | 10B. Nazwisko | | | | 10C. Numer telefonu <small>(pole nieobowiązkowe)</small> | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i> | | | | | | | | | | | | |
| 10D. Ulica | | | 10E. Numer domu/mieszkania | | | | 10F. Kod pocztowy i miejscowość | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 10G. Imię | | | 10H. Nazwisko | | | | 10I. Numer telefonu <small>(pole nieobowiązkowe)</small> | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i> | | | | | | | | | | | | |
| 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 ²⁾ | | | | | | | 12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| II. 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) świadczeniodawcy | | | | SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZELOWIE ZELOWSKIE CENTRUM MEDYCZNE PRZYCHODNIA W WYGIĘLZOWIE-FILIA PORADNIA PIELĘGNIARKI POZ | | | | | | | | |
| 13B. Adres siedziby świadczeniodawcy | | | | WYGIĘLZÓW 29 97-425 ZELÓW | | | | | | | | |

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾ | <input type="checkbox"/> 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 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, 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⁾

| |
|---|
| <i>Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej</i> |
|---|

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

| | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾ | <input type="checkbox"/> 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 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, 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)