

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

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												
dzień – miesiąc –rok																	
5. Adres miejsca zamieszkania																	
5A. Ulica					5B. Numer domu/mieszkania					5C. Kod pocztowy i miejscowość							
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)																	
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)																	
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)																	
8A. Imię				8B. Nazwisko						8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
Adres miejsca zamieszkania																	
8D. Ulica					8E. Numer domu/mieszkania					8F. Kod pocztowy i miejscowość							
8G. Imię				8H. Nazwisko						8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
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. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma)
świadczeniodawcy

9B. Adres siedziby
świadczeniodawcy

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny³⁾

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

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej
podstawowej opieki
zdrowotnej

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi

☐ po raz trzeci i kolejny³⁾

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

.....
(data)

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