

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

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY													
1. Imię	2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe								
JAN	PRZYKŁADOWY												
4. Data urodzenia	5. Płeć	6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość											
01 - 01 - 2001 <small>dzień — miesiąc — rok</small>	M	0	1	0	1	0	1	2	3	4	5	6	
7. Adres miejsca zamieszkania													
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość					
PRZYKŁADOWA				1				86-000 PRZYKŁADOWO					
8. Numer telefonu <small>(pole nieobowiązkowe)</small>	+	4	8	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
9. Adres e-mail <small>(pole nieobowiązkowe)</small>		JAN@PRZYKŁADOWO.PL											
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego <small>(w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona⁶⁾)</small>													
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					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>													
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			
										02			
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.) deklaruje wybór:

13A. Nazwa (firma)
świadczyciel

PRZYCHODNIA RODZINNA ALMEDIC

13B. Adres siedziby
świadczyciel

ul. ŁOWIŃSKA 8C, 86-120 PRUSZCZ

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

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 świadczyciel, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczyciel
 - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczyciel (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko
lekarza podstawowej
opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

po raz pierwszy

po raz drugi⁴⁾

po raz kolejny⁴⁾

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 świadczyciel, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczyciel
 - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczyciel (podać jakich)
.....
- inna okoliczność

.....
(data)

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

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)