

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		
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy		
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:		
<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"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <input type="checkbox"/> 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 deklaruję wybór: ⁵⁾		
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		
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:		
<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"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> 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 <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
..... (data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)	
..... (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)		

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI
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 (pole nieobowiązkowe)												
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁶⁾)												
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 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		
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy		
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:		
<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"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ		
16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: ⁵⁾		
Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej		
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:		
<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"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
<p>.....</p> (data)	<p>.....</p> (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)	
<p>.....</p> (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)		

WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
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 (pole nieobowiązkowe)														
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)														
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁶⁾)														
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 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. <i>Nazwa (firma) świadczeniodawcy</i>		
13B. <i>Adres siedziby świadczeniodawcy</i>		
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:		
<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"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> <input type="checkbox"/> 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: ⁵⁾		
<i>Imię i nazwisko położnej 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:		
<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"> <input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> <input type="checkbox"/> inna okoliczność		
<p>.....</p> (data)	<p>.....</p> (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)	
<p>.....</p> (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)		