

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

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>																					
<b>1. Imię</b>							<b>2. Nazwisko</b>														
<b>3. Data urodzenia</b>				<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>																	
-- -- - - - - dzień - miesiąc - rok																					
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>																					
<b>5A. Ulica</b>						<b>5B. Numer domu / mieszkania</b>				<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>											
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>																					
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>																					
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>1)</sup>)</b>																					
<b>8A. Imię</b>				<b>8B. Nazwisko</b>					<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>												
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																					
<b>8D. Ulica</b>						<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>											
<b>8G. Imię</b>				<b>8H. Nazwisko</b>					<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>												
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																					
<b>8J. Ulica</b>						<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>				<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>											

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczonodawcy	
9B. Adres siedziby świadczonodawcy	

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>
---	--

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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"><li>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczonodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczonodawcy</li><li>o 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</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczonodawcy (podać jakich) .....</li></ul>
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

## III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup>

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
---	--

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>
---	--

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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"><li>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczonodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczonodawcy</li><li>o 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</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczonodawcy (podać jakich) .....</li></ul>
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup>