

**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															
<i>7A. Ulica</i>					<i>7B. Numer domu/mieszkania</i>				<i>7C. Kod pocztowy i miejscowość</i>						
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⁾)															
<i>10A. Imię</i>			<i>10B. Nazwisko</i>					<i>10C. Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>															
<i>10D. Ulica</i>					<i>10E. Numer domu/mieszkania</i>				<i>10F. Kod pocztowy i miejscowość</i>						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>															
<i>10G. Imię</i>			<i>10H. Nazwisko</i>					<i>10I. Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>															
<i>10J. Ulica</i>					<i>10K. Numer domu/mieszkania</i>				<i>10L. Kod pocztowy i miejscowość</i>						
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾										12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia					
										0	7				

NIP Pracodawcy:

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	Centrum Medyczne Leczy-Med Małgorzata Łęczycka
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	Ul. Krasickiego 14 U2, 05-091 Ząbki

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)
<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)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

..... (data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)
..... (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)	