

**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 | | | | | | | | | | | | |
| <div style="text-align: center;"> _ _ - _ - _ - _ - _ dzień — miesiąc — rok </div> | 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>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. Różana 24, 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:

- 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- 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⁾

| |
|--------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko położnej 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:

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

.....
(data)

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