DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY

1. Imię	2. Nazwisko

3. Data urodzenia	4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość
dzień – miesiąc – rok	

5. Adres miejsca zamieszkania

5A. Ulica	5B. Numer domu/mieszkania	5C. Kod pocztowy i miejscowość

6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	

7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)	

8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona [1])

8A. Imię	8B. Nazwisko	8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

Adres miejsca zamieszkania

8D. Ulica	8E. Numer domu/mieszkania	8F. Kod pocztowy i miejscowość

8G. Imię	8H. Nazwisko	8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)

Adres miejsca zamieszkania

8J. Ulica	8K. Numer domu/mieszkania	8L. Kod pocztowy i miejscowość

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

9. 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:

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

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru: [2)]

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ po raz trzeci i kolejny [3)]

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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

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

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: [2)]

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ po raz trzeci i kolejny [3)]

18. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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) [5)]