

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA 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)					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>													
10D. Ulica						10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość			
10G. Imię				10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>													
10J. Ulica						10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość			
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾										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	NZOZ PRZYCHODNIA SPECJALISTYCZNA „ZDROWIE” PAD-MED SPÓŁKA JAWNA
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	93-523 ŁÓDŹ, UL. PADEREWSKIEGO 47 TEL.: 42 640-25-14, NIP: 729-24-61-213, REG: 472869778

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	ZYGMUNT GAJEWSKI
---	-------------------------

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)