

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

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY													
1. Imię						2. Nazwisko							
[REDAKTOWANE]						[REDAKTOWANE]							
3. Data urodzenia				4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość									
[REDAKTOWANE]				●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
dzień - miesiąc - rok													
5. Adres miejsca zamieszkania													
5A. Ulica						5B. Numer domu/mieszkania				5C. Kod pocztowy i miejscowość			
[REDAKTOWANE]						[REDAKTOWANE]				[REDAKTOWANE]			
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)				
[REDAKTOWANE]			[REDAKTOWANE]						[REDAKTOWANE]				
Adres miejsca zamieszkania													
8D. Ulica						8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość			
[REDAKTOWANE]						[REDAKTOWANE]				[REDAKTOWANE]			
8G. Imię			8H. Nazwisko						8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)				
[REDAKTOWANE]			[REDAKTOWANE]						[REDAKTOWANE]				
Adres miejsca zamieszkania													
8J. Ulica						8K. Numer domu/mieszkania				8L. Kod pocztowy i miejscowość			
[REDAKTOWANE]						[REDAKTOWANE]				[REDAKTOWANE]			

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 wybór³⁾:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	MEDART ALICJA ZIELIŃSKA SP. J.
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	05-077 WARSZAWA TRAKT BRZESKI 57B/LOK.3

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru²⁾:

<input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
<input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania
<input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<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 wybór⁴⁾:

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

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru²⁾:

<input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> 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:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
<input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania
<input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

_____ (data)

_____ (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾