



**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA
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 <i>(pole nieobowiązkowe)</i>															
7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>															
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)															
8A. Imię				8B. Nazwisko					8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>						
Adres miejsca zamieszkania															
8D. Ulica						8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość					
Adres miejsca zamieszkania															
8G. Imię				8H. Nazwisko					8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>						
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. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczonodawcy	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY W LEGNICY
9B. Adres siedziby świadczonodawcy	UL. IWASZKIEWICZA 5, 59-220 LEGNICA

10. W bieżącym roku kalendarzowym 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:
 - o zmiana miejsca zamieszkania
 - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- ☐ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI 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 lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
--	--

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ po raz trzeci i kolejny ³⁾
---	--

14. 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:
 - o zmiana miejsca zamieszkania
 - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- ☐ inna okoliczność

..... (data)	 (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) ⁵⁾
-----------------	--