**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**1)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Imię** | | | | | | | 1. **Nazwisko** | | | | | | | | | | | | | | | 1. **Nazwisko rodowe** | | | | | | | | | | | | | | | |
| JAN | | | | | | | KOWALSKI | | | | | | | | | | | | | | | KOWALSKI | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Data urodzenia** | | | | | | | 1. **Płeć** | | | | | | 1. **Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 01 - 01 - 1954  dzień ⎯ miesiąc ⎯ rok | | | | | | | M/K | | | | | | 5 | | | 4 | | | 0 | | 1 | | | 0 | | | 1 | | 0 | | 0 | | 1 | | 1 | | 1 |
| 1. **Adres miejsca zamieszkania**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 7A. *Ulica* | 7B. *Numer*  *domu/mieszkania* | 7C. *Kod pocztowy i miejscowość* | | KRYŃSKA | 32 | 16-010 WASILKÓW | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Numer telefonu**   (pole nieobowiązkowe) | | | | | | | 8 | | 5 | | | 7 | | | 1 | | 7 | | | 8 | | | 5 | | | 5 | | 5 | | 5 | | 5 | |  | |  | |
| 1. **Adres e-mail** (pole nieobowiązkowe) | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego** (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona6))  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 10A. *Imię* | 10B. *Nazwisko* | | 10C. *Numer telefonu*  *(pole nieobowiązkowe)* | |  |  | |  | | *Adres miejsca zamieszkania* | | | | | 10D. *Ulica* | | 10E. *Numer domu/mieszkania* | 10F. *Kod pocztowy i miejscowość* | |  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 10G. *Imię* | 10H. *Nazwisko* | | 10I. *Numer telefonu*  *(pole nieobowiązkowe)* | |  |  | |  | | *Adres miejsca zamieszkania* | | | | | 10J. *Ulica* | | 10K. *Numer domu/mieszkania* | 10L. *Kod pocztowy i miejscowość* | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej**2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | 1. **Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | | |  | |  | | **1** | | | | **0** | | |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **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* | **WA-MED A.JASIŃSKA-WOJTULEWICZ I K.ŁAZARSKA**  **SPÓŁKA JAWNA** | | 13B. *Adres siedziby*  *świadczeniodawcy* | **16 – 010 WASILKÓW, UL. KRYŃSKA 32** | | |
| **14.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:3)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | □ po raz pierwszy | □ po raz drugi4) | □ po raz kolejny4) | | |
| **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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy * 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 * z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)   ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | * inna okoliczność | | |
| 1. **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* |  | | |
| **17.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:3)   |  |  |  | | --- | --- | --- | | □ po raz pierwszy | □ po raz drugi4) | □ po raz kolejny4) | | |
| **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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy * 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 * z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)   …………………………………………………………………………………………………………………………………… | | * inna okoliczność | | |
| …………………………………………  (data) | ……………………………….……….………..…………………………………………  (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) |
| …………….……….………..…………………………………………  (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru) | |