

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z  
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ  
OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>														
<b>1. Imię</b>				<b>2. Nazwisko</b>				<b>3. Nazwisko rodowe</b>						
<b>4. Data urodzenia</b>				<b>5. Płeć</b>		<b>6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>								
<div style="text-align: center;">           _ _ - _ _ - _ _ _ _            dzień — miesiąc — rok         </div>				M/K										
<b>7. Adres miejsca zamieszkania</b>														
<b>7A. Ulica</b>						<b>7B. Numer domu/mieszkania</b>				<b>7C. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>8. Numer telefonu</b> (pole nieobowiązkowe)														
<b>9. Adres e-mail</b> (pole nieobowiązkowe)														
<b>10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> )														
<b>10A. Imię</b>				<b>10B. Nazwisko</b>				<b>10C. Numer telefonu</b> (pole nieobowiązkowe)						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>														
<b>10D. Ulica</b>						<b>10E. Numer domu/mieszkania</b>				<b>10F. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>10G. Imię</b>				<b>10H. Nazwisko</b>				<b>10I. Numer telefonu</b> (pole nieobowiązkowe)						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>														
<b>10J. Ulica</b>						<b>10K. Numer domu/mieszkania</b>				<b>10L. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2)</sup></b>										<b>12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b>				

## 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 „ZDROWIE” SPÓŁKA PARTNERSKA LEKARZY ANTOŃCZYK I PARTNERZY
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	UL. KOŚCIUSZKI 2, 14-100 OSTRÓDA

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

- |                                          |                                                     |                                                       |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup> | <input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

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

## 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:<sup>5)</sup>

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

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

- |                                          |                                                     |                                                       |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup> | <input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup> |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|

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)