



## 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	NZOS „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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

## III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI 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 pielęgniarki 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....  
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)