

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY | | |
|---|-----------------------------------|--|
| 1. Imię | 2. Nazwisko | 3. Nazwisko rodowe |
| | | |
| 4. Data urodzenia | 5. Płeć | 6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość |
| | | |
| 7. Adres miejsca zamieszkania | | |
| 7A. Ulica | 7B. Numer domu/mieszkania | 7C. Kod pocztowy i miejscowość |
| | | |
| 8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | |
| | | |
| 9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe) | | |
| | | |
| 10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona⁶⁾) | | |
| 10A. Imię | 10B. Nazwisko | 10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) |
| | | |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i> | | |
| 10D. Ulica | 10E. Numer domu/mieszkania | 10F. Kod pocztowy i miejscowość |
| | | |
| 10G. Imię | 10H. Nazwisko | 10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) |
| | | |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i> | | |
| 10J. Ulica | 10K. Numer domu/mieszkania | 10L. Kod pocztowy i miejscowość |
| | | |
| 11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾ | | 12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia |
| | | |

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 | Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wzgórze Św. Maksymiliana Sp. z o.o. |
| 13B. Adres siedziby świadczeniodawcy | 81-404 Gdynia ul. Ul. Legionów 67 |

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, 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:⁵⁾

| | |
|--|--|
| Imię i nazwisko pielęgniarki 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, 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)