

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ
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, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy

z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej 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, połączną 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)