

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

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY																
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>										
<b>3. Data urodzenia</b>						<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>										
<div style="text-align: center;">           _ _ - _ _ - _ _ _ _ _            dzień - miesiąc - rok         </div>																
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>																
5A. Ulica				5B. Numer domu / mieszkania				5C. Kod pocztowy i miejscowość								
<b>6. Numer telefonu</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>																
<b>7. Adres e-mail</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>																
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> )																
8A. Imię			8B. Nazwisko						8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość								
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																
8G. Imię			8H. Nazwisko						8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																
8J. Ulica				8K. Numer domu/mieszkania				8L. Kod pocztowy i miejscowość								

**II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY**

9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	NZO Poradnia Lekarza Rodzinnego Ewa Kowalska-Anioła
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Świt 34/36/E1 60-376 Poznań

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>
---	--

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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:
  - o zmiana miejsca zamieszkania
  - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - o 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
  - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

**III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup>

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	Ewa Kowalska-Anioła
---	---------------------

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>
---	--

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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:
  - o zmiana miejsca zamieszkania
  - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - o 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
  - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

..... (data)	..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup>
-----------------	--