

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

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY   |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--------------|--|-----------------------------|--|---|--|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 1. Imię   |  |              |  |                             |  | 2. Nazwisko   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. Data urodzenia   |  |              |  |                             |  | 4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">           _ _ - _ _ - _ _ _ _<br/>           dzień - miesiąc - rok         </div>                                     |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania   |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 5A. Ulica   |  |              |  | 5B. Numer domu / mieszkania |  |   |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i>   |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>  |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8A. Imię  |  | 8B. Nazwisko |  |                             |  | 8C. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i>  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8D. Ulica   |  |              |  | 8E. Numer domu/mieszkania   |  |   |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 8G. Imię  |  | 8H. Nazwisko |  |                             |  | 8I. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i>  |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 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)<br>świadczoniodawcy  |  |
| 9B. Adres siedziby<br>świadczoniodawcy |  |

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:

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>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</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> 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<br>lekarza podstawowej<br>opieki zdrowotnej |  |
|---|--|

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:

|   |
|---|
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>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</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność   |

.....  
(data)

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