

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEŃNIARKI
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											
_ _ - _ _ - _ _ _ _ dzień — miesiąc — rok	M/K												
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 ubezwłasnowolniona ⁶⁾)													
10A. Imię	10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)								
Adres miejsca zamieszkania													
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość					
10G. Imię	10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)								
Adres miejsca zamieszkania													
10J. Ulica				10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość					
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego							12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						

prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ²⁾											
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				Centrum Medyczne Katarzyńscy Spółka Jawna							
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy				62-025 Kostrzyn, ul. Piasta 8							
14. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ³⁾											
☐ po raz pierwszy				☐ po raz drugi ⁴⁾				☐ po raz kolejny ⁴⁾			
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				Angela Mika							
17. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ³⁾											
☐ po raz pierwszy				☐ po raz drugi ⁴⁾				☐ po raz kolejny ⁴⁾			
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											

świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

- 5) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 6) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.