

**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						
____-____-____ dzień — miesiąc — rok												
5. Adres miejsca zamieszkania												
5A. Ulica					5B. Numer domu / mieszkania			5C. Kod pocztowy i miejscowość				
6. Numer telefonu <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 ¹⁾)												
8A. Imię			8B. Nazwisko					8C. Numer telefonu <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 <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) świadczeniodawcy	Samorządowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Wąchocku
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Błonie 24, 27-215 Wąchock

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

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

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"><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> 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<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
..... |
| <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:⁴⁾

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
---	--

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

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

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"><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> 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<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
..... |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność |

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾