

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI
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 | | | | | | | | | | | | |
| 7. Adres e-mail | | | | | | | | | | | | |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾) | | | | | | | | | | | | |
| 8A. Imię | | | 8B. Nazwisko | | | | 8C. Numer telefonu | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | |
| 8D. Ulica | | | | | 8E. Numer domu/mieszkania | | | | 8F. Kod pocztowy i miejscowość | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 8G. Imię | | | 8H. Nazwisko | | | | 8I. Numer telefonu | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 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 | Centrum Medyczne Gizińscy Sp. z o.o. |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | ul. Leśna 9A, Bydgoszcz 85-676 |

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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność |

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI 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 pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej | Elżbieta Stepczyńska |
|--|----------------------|

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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność |

| | |
|-----------------|--|
| (data) | (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) ⁵⁾ |
|-----------------|--|