

**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> |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| _ _ - _ _ - _ _ _ _<br>dzień - miesiąc - rok                                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| <b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>                                                                                                                           |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| 5A. Ulica                                                                                                                                                      |  |  |              |                                                                                                    |  | 5B. Numer domu /<br>mieszkania |  |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość              |  |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| <b>6. Numer telefonu</b><br>(pole nieobowiązkowe)                                                                                                              |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| <b>7. Adres e-mail</b> (pole nieobowiązkowe)                                                                                                                   |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| <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<br>(pole nieobowiązkowe) |  |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                                     |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| 8D. Ulica                                                                                                                                                      |  |  |              |                                                                                                    |  | 8E. Numer<br>domu/mieszkania   |  |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość              |  |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                                     |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| 8G. Imię                                                                                                                                                       |  |  | 8H. Nazwisko |                                                                                                    |  |                                |  |  | 8I. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |  |  |  |
|                                                                                                                                                                |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                                     |  |  |              |                                                                                                    |  |                                |  |  |                                             |  |  |  |
| 8J. Ulica                                                                                                                                                      |  |  |              |                                                                                                    |  | 8K. Numer<br>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  | <b>Centrum Zdrowia Nowotaniec Sp.z o.o.</b> |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | <b>38-505 Bukowsko, Nowotaniec 93</b>       |

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 | <b>Paweł Łobaza</b> |
|-------------------------------------------------------|---------------------|

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>