DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ 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 *(pole nieobowiązkowe)*													

7. Adres e-mail *(pole nieobowiązkowe)*	

8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona[1)])

8A. *Imię*	8B. *Nazwisko*	8C. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)*
Adres miejsca zamieszkania		
8D. *Ulica*	8E. *Numer domu/mieszkania*	8F. *Kod pocztowy i miejscowość*

8G. *Imię*	8H. *Nazwisko*	8I. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)*
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*	
9B. *Adres siedziby świadczeniodawcy*	

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:[2)]

□ po raz pierwszy lub po raz drugi	□ 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:

□ 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

.....

□ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej podstawowej opieki zdrowotnej	

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:[2)]

□ po raz pierwszy lub po raz drugi	□ 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:

□ 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

.....

□ inna okoliczność

..... (data)	..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)[5)]