|  |
| --- |
| **DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃZ ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZAPODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ** |
| **I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY** |
| **1. Imię** | **2. Nazwisko** |
|  |  |
| **3. Data urodzenia** | **4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numerdokumentu 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 osobamałoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona1)) |
|  | 8A. Imię | 8B. Nazwisko | 8C. Numer telefonu(pole nieobowiązkowe) |
|  |  |  |
| *Adres miejsca zamieszkania* |
| 8D. Ulica | 8E. Numerdomu/mieszkania | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |
|  |  |  |
|  |
|  | 8G. Imię | 8H. Nazwisko | 8I. Numer telefonu(pole nieobowiązkowe) |
|  |  |  |
| *Adres miejsca zamieszkania* |
| 8J. Ulica | 8K. Numerdomu/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 opiecezdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór: |
|  | 9A. Nazwa (firma)świadczeniodawcy | **Centrum Medyczne MED-LUX** |  |
| 9B. Adres siedzibyświadczeniodawcy | **Ul. Rynkowa 63, 62-081 Przeźmierowo** |
| **10.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2) |
|  | [ ]  po raz pierwszy lub po raz drugi | [ ]  po raz trzeci i kolejny3) |  |
| **11.** W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowymnależy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest: |
|  | [ ]  | okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowejopiece zdrowotnej: |  |
|  |  | ○ | zmiana miejsca zamieszkania |  |
|  | ○ | zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę,lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy |
|  | ○ | osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opiekizdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalistyw dziedzinie pediatrii |
|  | ○ | 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 opiecezdrowotnej deklaruję wybór:4) |
|  | Imię i nazwiskolekarza podstawowejopieki zdrowotnej | **lek. med. Krzysztof Pawlak** |  |
| **13.** W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:2) |
|  | [ ]  po raz pierwszy lub po raz drugi | [ ]  po raz trzeci kolejny3) |  |
| **14.** W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowymnależy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest: |
|  | [ ]  | okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowejopiece zdrowotnej: |  |
|  |  | ○ | zmiana miejsca zamieszkania |  |
|  | ○ | zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę,lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy |  |
|  | ○ | osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opiekizdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalistyw dziedzinie pediatrii |  |
|  | ○ | z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) |  |
|  |  | ........................................................................................................................................... |  |
| [ ]  | inna okoliczność |  |
| ...................................(data) | ..................................................................................................(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)5) |