

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
<b>1. Imię</b>	<b>2. Nazwisko</b>				<b>3. Nazwisko rodowe</b>							
<b>4. Data urodzenia</b>			<b>5. Płeć</b>		<b>6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>							
-- -- -- -- dzień — miesiąc — rok			M/K									
<b>7. Adres miejsca zamieszkania</b>												
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość				
<b>8. Numer telefonu</b> (pole nieobowiązkowe)												
<b>9. Adres e-mail</b> (pole nieobowiązkowe)												
<b>10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> )												
10A. Imię		10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
10G. Imię		10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
10J. Ulica				10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość				
<b>11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2)</sup></b>						<b>12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b>						

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

**13.** Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma)  
świadczoniodawcy

13B. Adres siedziby  
świadczoniodawcy

**14.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

po raz kolejny<sup>4)</sup>

**15.** W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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:
  - zmiana miejsca zamieszkania
  - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczoniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

## III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

**16.** Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko pielęgniarki  
podstawowej opieki zdrowotnej

**17.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

po raz kolejny<sup>4)</sup>

**18.** W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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:
  - zmiana miejsca zamieszkania
  - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczoniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

.....  
(data)

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

.....  
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)