

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI
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. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	MEDART ALICJA ZIELIŃSKA SP. J.
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	05-077 WARSZAWA TRAKT BRZESKI 57B/LOK.3

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru:

<input checked="" 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="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:

Imię i nazwisko pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej	KATARZYNA MOSKALUK
--	--------------------

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:

<input checked="" type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
--	--

18. 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="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

_____ (data)

_____ (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾