

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię JAN			2. Nazwisko KOWALSKI				3. Nazwisko rodowe KOWALSKI					
4. Data urodzenia Dzień – miesiąc – rok 09-04-1973			5. Płeć M K	6. Numer PESEL, o ile został nadany 7 3 0 4 0 9 5 4 3 2 1								
7. Adres zamieszkania												
Ulica JAGIELLOŃSKA				Numer domu/mieszkania 40				Kod pocztowy i miejscowość 03 - 550 WARSZAWA				
8. Numer telefonu		6	0	0	9	5	4	3	2	1		
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów -----												
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego ¹⁾								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia				
								0	7			
12.11. 2017 r.						<i>Jan Kowalski</i>						
(data)						(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)						

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:

**SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA
OTWARTEGO WARSZAWA PRAGA PÓLNOC**

(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

PRZYCHODNIA INTERNISTYCZNO SPECJALISTYCZNA, UL. JAGIELLOŃSKA 34

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

12.11. 2017 r.

(data)

Jan Kowalski

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:³⁾

JANINA KOWALSKA

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

12.11. 2017 r.

(data)

Jana Kowalski

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Objaśnienia:

- ¹⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ²⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- ³⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię <p style="text-align: center;">JAN</p>	2. Nazwisko <p style="text-align: center;">KOWALSKI</p>					3. Nazwisko rodowe <p style="text-align: center;">KOWALSKI</p>						
4. Data urodzenia Dzień – miesiąc – rok <p style="text-align: center;">09 - 04 - 1973</p>	5. Płeć <p style="text-align: center;">M</p>	6. Numer PESEL, o ile został nadany <p style="text-align: center;">7 3 0 4 0 9 5 4 3 2 1</p>										
7. Adres zamieszkania												
Ulica <p style="text-align: center;">JAGIELLOŃSKA</p>				Numer domu/mieszkania <p style="text-align: center;">40</p>				Kod pocztowy i miejscowość <p style="text-align: center;">03 - 550 WARSZAWA</p>				
8. Numer telefonu	6	0	0	9	5	4	3	2	1			
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów <p style="text-align: center;">-----</p>												
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego ¹⁾								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia				
								0 7				
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="text-align: center;">12.11. 2017 r.</p> <p style="text-align: center;">(data)</p> </div> <div style="width: 50%; text-align: right;"> <p style="font-size: 1.2em; font-family: cursive;">Jan Kowalski</p> <p style="text-align: center;">(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</p> </div> </div>												

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:

**SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA
OTWARTEGO WARSZAWA PRAGA PÓŁNOC**

(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

PRZYCHODNIA INTERNISTYCZNO SPECJALISTYCZNA, UL. JAGIELLOŃSKA 34

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

12.11. 2017 r.

(data)

Jan Kowalski

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:³⁾

JANINA KOWALSKA

(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

12.11. 2017 r.

(data)

Jan Kowalski

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Objaśnienia:

- ¹⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ²⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- ³⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY											
1. Imię JANINA			2. Nazwisko KOWALSKA				3. Nazwisko rodowe KOWALSKA				
4. Data urodzenia Dzień – miesiąc – rok 09-04-1989			5. Płeć M/K M	6. Numer PESEL, o ile został nadany 8 9 0 4 0 9 5 4 3 2 1							
7. Adres zamieszkania											
Ulica DĄBROWSZCZAKÓW				Numer domu/mieszkania 12				Kod pocztowy i miejscowość 03 - 200 WARSZAWA			
8. Numer telefonu	5	1	1	9	5	4	3	2	1		
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów -----											
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego ¹⁾								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia			
								0 7			
..... 22.11.2017 r. (data)					 <i>Janina Kowalska</i> (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)					

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruję wybór:

**SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA
OTWARTEGO WARSZAWA PRAGA PÓŁNOC**

(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

PRZYCHODNIA RODZINNA, UL DĄBROWSZCZAKÓW 5A

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

.....
22.11.2017 r.
(data)

.....
Janina Kowalska
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:³⁾

ALINA KOWALSKA

(imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

22.11.2017 r.

(data)

Alina Kowalska

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Objaśnienia:

- ¹⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ²⁾ Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).
- ³⁾ Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).