

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ
LEKARZA 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 ubezwłasnowolniona1))													
8A. Imię			8B. Nazwisko						8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>													
8D. Ulica					8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość				
8G. Imię			8H. Nazwisko						8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>													
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) świadczoniodawcy	LA MEDICA
9B. Adres siedziby świadczoniodawcy	ul. Lawendowa 20, 60-185 Skórzewo

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 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - o osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - o 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 opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	MAŁGORZATA TETERA
---	--------------------------

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

- po raz pierwszy lub po raz drugi po raz trzeci i kolejny³⁾

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - o osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
 - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
.....
- inna okoliczność

..... (data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) ⁵⁾
-----------------	--