

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

| <b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>                                                                                                                    |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--|--|--|--|--|
| <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> |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| -----<br>dzień — miesiąc — rok                                                                                                                                |  |                      | M/K                |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <b>7. Adres miejsca zamieszkania</b>                                                                                                                          |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <b>7A. Ulica</b>                                                                                                                                              |  |                      |                    | <b>7B. Numer domu/mieszkania</b>  |                                                                                                    |                                                     |                                                                   | <b>7C. Kod pocztowy i miejscowość</b>  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                               |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <b>8. Numer telefonu</b><br>(pole nieobowiązkowe)                                                                                                             |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <b>9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>                                                                                                                  |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <b>10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>6)</sup>)</b> |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <b>10A. Imię</b>                                                                                                                                              |  | <b>10B. Nazwisko</b> |                    |                                   |                                                                                                    | <b>10C. Numer telefonu</b><br>(pole nieobowiązkowe) |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                               |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>                                                                                                                             |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <b>10D. Ulica</b>                                                                                                                                             |  |                      |                    | <b>10E. Numer domu/mieszkania</b> |                                                                                                    |                                                     |                                                                   | <b>10F. Kod pocztowy i miejscowość</b> |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                               |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <b>10G. Imię</b>                                                                                                                                              |  | <b>10H. Nazwisko</b> |                    |                                   |                                                                                                    | <b>10I. Numer telefonu</b><br>(pole nieobowiązkowe) |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                               |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>                                                                                                                             |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <b>10J. Ulica</b>                                                                                                                                             |  |                      |                    | <b>10K. Numer domu/mieszkania</b> |                                                                                                    |                                                     |                                                                   | <b>10L. Kod pocztowy i miejscowość</b> |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                               |  |                      |                    |                                   |                                                                                                    |                                                     |                                                                   |                                        |  |  |  |  |  |
| <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.) deklaruje wybór:

|                                      |                                |
|--------------------------------------|--------------------------------|
| 13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy  | NZOZ "MED-VITA" s.c.           |
| 13B. Adres siedziby świadczeniodawcy | Ofiar Katynia 51, 49-300 Brzeg |

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

|                                          |                                                     |                                                       |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup> | <input type="checkbox"/> 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 świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

## III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

|                                                            |
|------------------------------------------------------------|
| Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej |
|------------------------------------------------------------|

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

|                                          |                                                     |                                                       |
|------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup> | <input type="checkbox"/> 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 świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

.....  
(data)

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

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