**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**1)

|  |
| --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY**
 |
| 1. **Imię**
 | 1. **Nazwisko**
 | 1. **Nazwisko rodowe**
 |
|  |  |  |
| 1. **Data urodzenia**
 | 1. **Płeć**
 | 1. **Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**
 |
| \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_ dzień  miesiąc  rok | M/K |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Adres miejsca zamieszkania**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 7A. *Ulica* | 7B. *Numer* *domu/mieszkania*  | 7C. *Kod pocztowy i miejscowość*  |
|  |  |  |

 |
| 1. **Numer telefonu**

(pole nieobowiązkowe) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **Adres e-mail** (pole nieobowiązkowe)
 |  |
| 1. **Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego** (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona6))

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10A. *Imię* | 10B. *Nazwisko* | 10C. *Numer telefonu*  *(pole nieobowiązkowe)* |
|  |  |  |
| *Adres miejsca zamieszkania* |
| 10D. *Ulica* | 10E. *Numer domu/mieszkania* | 10F. *Kod pocztowy i miejscowość* |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 10G. *Imię* | 10H. *Nazwisko* | 10I. *Numer telefonu* *(pole nieobowiązkowe)* |
|  |  |  |
| *Adres miejsca zamieszkania* |
| 10J. *Ulica* | 10K. *Numer domu/mieszkania* | 10L . *Kod pocztowy i miejscowość* |
|  |  |  |

 |
| 1. **Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej**2**)**
 | 1. **Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**
 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. **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)* *świadczeniodawcy* | **NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ OMEGA EUGENIA MURAWSKA** Nr umowy 07R-3-30154-01-01 |
| 13B. *Adres siedziby* *świadczeniodawcy* | WĘGROWSKA 5A, 08-300 SOKOŁÓW PODLASKI TEL. 25 787 29 57 KS. REJ.: 000000008484 V: 01 VII: 001 VIII: 0010 |

 |
| **14.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ po raz pierwszy | □ po raz drugi4) | □ po raz kolejny4)  |

 |
| **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
 |

 |
| 1. **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:5)

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

 |
| **17.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:3)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| □ po raz pierwszy | □ po raz drugi4) | □ po raz kolejny4)  |

 |
| **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) |