

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

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>												
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>						
<b>3. Data urodzenia</b>						<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>						
_ _ - _ _ - _ _ _ _ dzień - miesiąc - rok												
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>												
<b>5A. Ulica</b>					<b>5B. Numer domu / mieszkania</b>			<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>1)</sup>)</b>												
<b>8A. Imię</b>			<b>8B. Nazwisko</b>					<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<b>8D. Ulica</b>					<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>			<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>8G. Imię</b>			<b>8H. Nazwisko</b>					<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<b>8J. Ulica</b>					<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>			<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>				

## 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) świadczeniodawcy	
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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

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"><li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> 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</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) _____</li></ul>
<input type="checkbox"/> 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:<sup>4)</sup>

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


13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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

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

\_\_\_\_\_  
(data)

  
\_\_\_\_\_  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup>



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

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>												
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>						
<b>3. Data urodzenia</b>			<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>									
_ _ - _ _ - _ _ _ _ dzień - miesiąc - rok												
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>												
<b>5A. Ulica</b>					<b>5B. Numer domu / mieszkania</b>			<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>1)</sup>)</b>												
<b>8A. Imię</b>			<b>8B. Nazwisko</b>					<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<b>8D. Ulica</b>					<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>			<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>8G. Imię</b>			<b>8H. Nazwisko</b>					<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<b>8J. Ulica</b>					<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>			<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>				

## 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) świadczeniodawcy	
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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

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"><li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) _____</li></ul>
<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:<sup>4)</sup>

Imię i nazwisko pielęgniarzki podstawowej opieki zdrowotnej	
---	--


13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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

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

\_\_\_\_\_  
(data)

  
\_\_\_\_\_  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup>



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

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>												
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>						
<b>3. Data urodzenia</b>			<b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>									
-- -- dzień - miesiąc - rok												
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>												
<b>5A. Ulica</b>					<b>5B. Numer domu / mieszkania</b>			<b>5C. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>												
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>1)</sup>)</b>												
<b>8A. Imię</b>			<b>8B. Nazwisko</b>				<b>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<b>8D. Ulica</b>					<b>8E. Numer domu/mieszkania</b>			<b>8F. Kod pocztowy i miejscowość</b>				
<b>8G. Imię</b>			<b>8H. Nazwisko</b>				<b>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<b>8J. Ulica</b>					<b>8K. Numer domu/mieszkania</b>			<b>8L. Kod pocztowy i miejscowość</b>				

## 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) świadczeniodawcy	
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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

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"><li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną z podstawową opieką zdrowotną u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) _____</li></ul>
<input type="checkbox"/> inna okoliczność _____

## III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup>

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	
--	--


13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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

14. 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"><li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączoną z podstawową opieką zdrowotną u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) _____</li></ul>
<input type="checkbox"/> inna okoliczność _____

\_\_\_\_\_  
(data)

  
\_\_\_\_\_  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup>