

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

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia Dzień – miesiąc –rok			5. Płeć M/K		6. Numer PESEL, o ile został nadany							
7. Adres zamieszkania												
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu												
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów												
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego <sup>1)</sup>								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia				
(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:

**NZOZ W ŚWIĄTNIKACH GÓRNYCH, 32-040 ŚWIĄTNIKI GÓRNE, UL. KRAKOWSKA 2**

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

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

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

(data)

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)



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

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>													
1. Imię			2. Nazwisko					3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, o ile został nadany								
Dzień – miesiąc – rok			M/K										
7. Adres zamieszkania													
Ulica					Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu													
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów													
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego <sup>1)</sup>													
11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia													
.....													
(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:

**NZOZ W ŚWIĄTNIKACH GÓRNYCH, 32-040 ŚWIĄTNIKI GÓRNE, UL. KRAKOWSKA 2**

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

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

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

.....

(data)

.....

(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 deklaruję wybór:<sup>3)</sup>

.....  
(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)  
.....

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

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

.....  
.....  
(data)

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

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

#### Objaśnienia:

- <sup>1)</sup> 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.
- <sup>2)</sup> 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).
- <sup>3)</sup> 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**

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>													
1. Imię			2. Nazwisko					3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, o ile został nadany								
Dzień – miesiąc – rok			M/K										
7. Adres zamieszkania													
Ulica					Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu													
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów													
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego <sup>1)</sup>													
11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia													
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>.....</span> <span>.....</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>(data)</span> <span>(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</span> </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:

**NZOZ W ŚWIĄTNIKACH GÓRNYCH, 32-040 ŚWIĄTNIKI GÓRNE, UL. KRAKOWSKA 2**

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

.....

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

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

.....

(data)

.....

(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:<sup>3)</sup>

.....  
(imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej)  
.....

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

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

.....  
.....  
(data)

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

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

#### Objaśnienia:

- <sup>1)</sup> 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.
- <sup>2)</sup> 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 wnoszą 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).
- <sup>3)</sup> 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).