

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

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------------|-----------------------|--|--|---------------------------|---|--|--|--|--|
| 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 zdrowotnego¹⁾ | | | | | | | | 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 deklaruję wybór:

07R-1-01536-01-01
Centrum Medyczne Goldenmed
ul. Pułtуска 53D, 05-140 Serock
tel. (22) 100 41 10, fax: (22) 100 41 20
NIP: 536-191-63-84, REGON: 147224553
KR000000173223, V-01; VII-001; VIII-0010
Poradnia lekarza POZ dla dzieci i dorosłych

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

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

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 deklaruje wybór:³⁾

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

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

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

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

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

Objaśnienia:

- ¹⁾ 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.
- ²⁾ 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).
- ³⁾ 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).