

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

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY                     |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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:

07R-4-40036-01-01  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warce  
Przychodnia Zdrowia  
ul. Piotra Wysockiego 12, 05-660 Warka  
Poradnia Lekarza POZ  
I-000000009273, VII-001, VIII-0010

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 LEKARZA 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 lekarza 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:

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 wnoszącej 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).

## DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

| II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY                    |  |  |  |                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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:

07R-4-40036-01-01  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warce  
Przychodnia Zdrowia  
ul. Piotra Wysockiego 12, 05-660 Warka  
Poradnia Pielęgniarki POZ  
I-000000009273, VII-003, VIII-0032

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 PIELĘGNIARKI 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 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:

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 wnoszącej 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).

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

| III. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY                   |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 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 deklaruję wybór:

07R-4-40036-01-01  
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warce  
Przychodnia Zdrowia  
ul. Piotra Wysockiego 12, 05-660 Warka  
Poradnia Położnej POZ  
I-000000009273, VII-002, VIII-0034

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 deklaruję 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:

- 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.
- 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 wnoszącej 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).
- 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).