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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Imię** | | | | | | | | 1. **Nazwisko** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **Data urodzenia** | 1. **Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \_ \_ - \_ \_ - \_ \_ \_ \_  dzień ⎯ miesiąc ⎯ rok |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  |
| 1. **Adres miejsca zamieszkania**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | 5A. *Ulica* | 5B. *Numer*  *domu/mieszkania* | 5C. *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 ubezwłasnowolniona1))  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 8A. *Imię* | 8B. *Nazwisko* | | 8C. *Numer telefonu*  *(pole nieobowiązkowe)* | |  |  | |  | | *Adres miejsca zamieszkania* | | | | | 8D. *Ulica* | | 8E. *Numer domu / mieszkania* | 8F. *Kod pocztowy i miejscowość* | |  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 8G. *Imię* | 8H. *Nazwisko* | | 8I. *Numer telefonu*  *(pole nieobowiązkowe)* | |  |  | |  | | *Adres miejsca zamieszkania* | | | | | 8J. *Ulica* | | 8K. *Numer domu /mieszkania* | 8L. *Kod pocztowy i miejscowość* | |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **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 poz. 172) deklaruję wybór:   |  |  | | --- | --- | | 9A. *Nazwa (firma)*  *świadczeniodawcy* | **MMedical M&M Puźniak – lekarska spółka partnerska** | | 9B. *Adres siedziby świadczeniodawcy* | **Ul. Lwowska 28/1, 22 – 400 Zamość** | | |
| **10.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:2)   |  |  | | --- | --- | | □ po raz pierwszy lub po raz drugi | □ po raz kolejny i kolejny3) | | |
| **11.** W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy * 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 * z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)   ……………………………………………………………………………………………………………………………………… | | * inna okoliczność | | |
| 1. **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:4)   |  |  | | --- | --- | | *Imię i nazwisko*  *lekarza podstawowej*  *opieki zdrowotnej* | **Małgorzata Puźniak** | | |
| **13.** W bieżącym roku dokonuję wyboru:2)   |  |  | | --- | --- | | □ po raz pierwszy lub po raz drugi | □ po raz trzeci i kolejny3) | | |
| **14.** W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy * 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 * z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)   …………………………………………………………………………………………………………………………………… | | * inna okoliczność | | |
| …………………………………………  (data) | ……………………………….……….………..…………………………………………  (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)5) |

**OBJAŚNIENIA:**

1. Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
2. Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa 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 podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
3. W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
4. Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
5. Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.