**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.