**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ   
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ 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*  *położnej podstawowej*  *opieki zdrowotnej* | **Jolanta Bochen** | | |
| **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 nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub położnej 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, 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.