

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ PIEŁĘGNIARKI 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 zdrowotnego¹⁾ | | | | | | | | 11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> (data) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) </div> | | | | | | | | | | | | |

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:

**„BALTIC CLINIC” 81-661 GDYNIA, ul. WIELKOKACKA 2/1B
TEL. 58 526 01 60 NIP 5862298721 REGON 362020195**

(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 lekarza 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 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, 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).