

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEŃNIARKI**

PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY																					
1. Imię							2. Nazwisko														
3. Data urodzenia				4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość																	
____-____-____ dzień - miesiąc - rok																					
5. Adres miejsca zamieszkania																					
5A. Ulica					5B. Numer domu / mieszkania					5C. Kod pocztowy i miejscowość											
6. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>																					
7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>																					
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)																					
8A. Imię				8B. Nazwisko					8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>												
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																					
8D. Ulica					8E. Numer domu/mieszkania					8F. Kod pocztowy i miejscowość											
8G. Imię				8H. Nazwisko					8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>												
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>																					
8J. Ulica					8K. Numer domu/mieszkania					8L. Kod pocztowy i miejscowość											

II. 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 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	EuroDoctor Sp. z o.o.
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Polna Droga 15/4u, 58-100 Świdnica

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
---	--

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI 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 pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	Dorota Jasiak
--	---------------

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾
---	--

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania<input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy<input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
<input type="checkbox"/> inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾