

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA 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⁾

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 przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poswiadczenia 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 trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku kolejnej zmiany wnosí 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).

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIAŁAJĄCEGO
 ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
 ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY												
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 zdrowotnego ¹⁾												
11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia												
(data) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)												

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:

NZOZ HOMED

ul. Paderewskiego 14

36-060 Głogów Młp.

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

(data)

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)