

### 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 deklaruję wybór:<sup>3)</sup>

**lek. med. Anna Krupa**

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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 uprawionych 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 trzy 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 i 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 UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY</b>												
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 <sup>1)</sup>												
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 deklaruję wybór:

NZOZ HOMED Witold Homa

ul. Paderewskiego 14, 36-060 Głogów Mhp.

NIP 813-146-42-53, REGON 180255826

W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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