

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU  
 PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ 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 (pole nieobowiązkowe)																
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)																
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> )																
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								
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				FUNDACJA MEDI3												
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy				ul. LEŚNA 3/1, 39-300 MIELEC												
10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>																
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi						<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>										

<p><b>11.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>			
<p><input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> inna okoliczność</p>			
<p><b>III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b></p>			
<p><b>12.</b> Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup></p>			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;"> <p><i>Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej</i></p> </td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> </table>		<p><i>Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej</i></p>	
<p><i>Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej</i></p>			
<p><b>13.</b> W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></p>			
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi         </td> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny<sup>3)</sup> </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>		
<p><b>14.</b> W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</p>			
<p><input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> inna okoliczność</p>			
<p>..... (data)</p>	<p>..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup></p>		

**OBJAŚNIENIA:**

<sup>1)</sup> Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

<sup>2)</sup> 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 wnoszą 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, połączną 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).

<sup>3)</sup> 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, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

<sup>4)</sup> Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub połączną 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).

<sup>5)</sup> 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.