

**DEKLARACJA WYBORU WIADCZENIODAWCY UDZIELAJ CEGO
WIADCZE Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ PIEL GNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZ CE WIADCZENIOBIORCY													
1. Imi			2. Nazwisko					3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płe		6. Numer PESEL, o ile został nadany								
Dzie – miesi c –rok			M/K										
7. Adres zamieszkania													
Ulica					Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowo				
8. Numer telefonu													
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów													
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego¹⁾										11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia			
										1	0		
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> (data) (podpis wiadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) </div>													

II. DANE DOTYCZ CE WIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruję wybór:

CENTRUM MEDYCZNE RYSKA SP. Z O.O.

.....
(dane dotyczą ce świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadcze)

15-013 BIAŁYSTOK SOBIESKIEGO 13 LOK. 8
GABINET PIEL GNIARKI 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)

III. DANE DOTYCZĄCE PIELGNIARKI 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 pielgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)
.....

W bieżącym roku dokonuje 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 po świadczenia potwierdzający tego prawo do świadczenia opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ²⁾ świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż trzy razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłat w wysokości 80 zł. świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczenia opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza, pielgniarkę 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, pielgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo u dwóch świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).