

**DEKLARACJA WYBORU WIADCZENIODAWCY UDZIELAJ CEGO
WIADCZE Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ POŁO NEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZ CE WIADCZENIOBIORCY														
1. Imi			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe							
4. Data urodzenia Dzie – miesi c –rok _ _ - _ - _ _			5. Płe M/K		6. Numer PESEL, o ile został nadany									
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 deklaruje wybór:

CENTRUM MEDYCZNE RYSKA SP. Z O.O.

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

15-013 BIAŁYSTOK SOBIESKIEGO 13 LOK. 8
GABINET POŁO NEJ 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)

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻENIA 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 położnej 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, 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 świadczenia 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).