

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
Katarzyna			Kowalska				Kowal					
4. Data urodzenia			5. Płeć	6. Numer PESEL, o ile został nadany								
Dzień – miesiąc – rok 25-06-1987			K	8	7	0	6	2	5	1	1	1
7. Adres zamieszkania												
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
Gdańska				1/1				00-00				
8. Numer telefonu	1	1	1	3	3	3	6	6	6			
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów												
Nie dotyczy												
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego ¹⁾								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia				
19 luty 2018						Katarzyna Kowalska						
.....											
(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:

**POZ-Medik Karolina Szatanik, Ewa Sapińska sc
80-465 Gdańsk ul. Franciszka Hynka 30
Regon 222089666 NIP 5842735845**

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

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

19 luty 2018

Katarzyna Kowalska

.....

(data)

.....

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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⁾

Iwona Mirecka

.....
(imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej)
.....

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

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

19 luty 2018

.....
(data)

Katarzyna Kowalska

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

Ewa Sapińska

.....
(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 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 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).