

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

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY														
1. Imię			2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe							
ADAM			KOWALSKI				_____							
4. Data urodzenia			5. Płeć	6. Numer PESEL, o ile został nadany										
Dzień – miesiąc – rok 31 - 12 - 1995			M/K M	9	5	1	2	3	1	0	1	2	3	4
7. Adres zamieszkania														
Ulica				Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość						
BIELAWSKA				128P/34				05-520 KONSTANCIN-JEZIORNA						
8. Numer telefonu		6	0	0	1	2	3	4	5	6				
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów														
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego <sup>1)</sup>								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						
								0 7						
03.11.2014						<i>Adam Kowalski</i>								
.....						.....								
(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:

**Tarnowscy Sp. z o.o. Przychodnia Bielawska**

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

**05-520 Konstancin-Jeziorna, ul. Świetlicowa 7/9**

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

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

03.11.2014

*Adam Kowalski*

.....  
(data)

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

### 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 deklaruje wybór:<sup>3)</sup>

[ tutaj należy wpisać nazwisko lekarza ]

(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

03.11.2014

(data)

*Adam Kowalski*

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

#### **Objaśnienia:**

- <sup>1)</sup> 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.
- <sup>2)</sup> 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).
- <sup>3)</sup> 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).