

**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) ¹⁾			
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 o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	75-720 Koszalin, ul. Szpitalna 2

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ²⁾

- po raz pierwszy lub po raz drugi po raz trzeci i kolejny ³⁾

11. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
- zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

- inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: ⁴⁾

Imię i nazwisko położnej
podstawowej opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ²⁾

- po raz pierwszy lub po raz drugi po raz trzeci i kolejny ³⁾

14. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
- zmiana miejsca zamieszkania
 - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

- inna okoliczność

_____ (data)

_____ podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

OBJAŚNIENIA:

- 1)** Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2)** Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa 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, położną 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).
- 3)** 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4)** Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną 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).
- 5)** 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