

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z  
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
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 |  |             |                                             |                                |  |  |  |  |  |
| _ _ - _ - _ - _ - _<br>dzień — miesiąc — rok                                                                                                            |  |  |              |  |                                                                                             |  |             |                                             |                                |  |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                           |  |  |              |  |                                                                                             |  |             |                                             |                                |  |  |  |  |  |
| 5A. Ulica                                                                                                                                               |  |  |              |  | 5B. Numer domu/mieszkania                                                                   |  |             |                                             | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |  |                                                                                             |  |             |                                             |                                |  |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe)                                                                                                              |  |  |              |  |                                                                                             |  |             |                                             |                                |  |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)                                                                                                                   |  |  |              |  |                                                                                             |  |             |                                             |                                |  |  |  |  |  |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |              |  |                                                                                             |  |             |                                             |                                |  |  |  |  |  |
| 8A. Imię                                                                                                                                                |  |  | 8B. Nazwisko |  |                                                                                             |  |             | 8C. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |                                |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |  |                                                                                             |  |             |                                             |                                |  |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                              |  |  |              |  |                                                                                             |  |             |                                             |                                |  |  |  |  |  |
| 8D. Ulica                                                                                                                                               |  |  |              |  | 8E. Numer domu/mieszkania                                                                   |  |             |                                             | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |  |                                                                                             |  |             |                                             |                                |  |  |  |  |  |
| 8G. Imię                                                                                                                                                |  |  | 8H. Nazwisko |  |                                                                                             |  |             | 8I. Numer telefonu<br>(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 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn.zm.) deklaruję wybór:

|                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy  | DP MED Spółka z o. o.             |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | ul. Modlińska 49, 05-110 Jabłonna |

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

- |                                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup> |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

11. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

## III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

|                                                       |                |
|-------------------------------------------------------|----------------|
| Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | ELŻBIETA KOZAK |
|-------------------------------------------------------|----------------|

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

- |                                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup> |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

14. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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
  - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
  - 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 pełnoletniości zachowują ważność do czasu wyboru nowego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru nowego świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo do bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, 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 o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy a w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, 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.

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z  
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

| 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 |  |             |                                             |  |  |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">           _ _ - _ - _ - _<br/>           dzień — miesiąc — rok         </div>                                         |  |  |              |                           |                                                                                             |  |             |                                             |  |  |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                           |  |  |              |                           |                                                                                             |  |             |                                             |  |  |  |  |  |  |
| 5A. Ulica                                                                                                                                               |  |  |              | 5B. Numer domu/mieszkania |                                                                                             |  |             | 5C. Kod pocztowy i miejscowość              |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                           |                                                                                             |  |             |                                             |  |  |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe)                                                                                                              |  |  |              |                           |                                                                                             |  |             |                                             |  |  |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)                                                                                                                   |  |  |              |                           |                                                                                             |  |             |                                             |  |  |  |  |  |  |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |              |                           |                                                                                             |  |             |                                             |  |  |  |  |  |  |
| 8A. Imię                                                                                                                                                |  |  | 8B. Nazwisko |                           |                                                                                             |  |             | 8C. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                           |                                                                                             |  |             |                                             |  |  |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                              |  |  |              |                           |                                                                                             |  |             |                                             |  |  |  |  |  |  |
| 8D. Ulica                                                                                                                                               |  |  |              | 8E. Numer domu/mieszkania |                                                                                             |  |             | 8F. Kod pocztowy i miejscowość              |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                           |                                                                                             |  |             |                                             |  |  |  |  |  |  |
| 8G. Imię                                                                                                                                                |  |  | 8H. Nazwisko |                           |                                                                                             |  |             | 8I. Numer telefonu<br>(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 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn.zm.) deklaruję wybór:

|                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy  | DP MED Spółka z o. o.             |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | ul. Modlińska 49, 05-110 Jabłonna |

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

- |                                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup> |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

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

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> 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:<sup>4)</sup>

|                                                        |                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------|
| Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej | DOROTA MATYKIEWICZ |
|--------------------------------------------------------|--------------------|

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

- |                                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup> |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

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

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> 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 do bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub położnej 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 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.

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z  
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELĘGNIARKI  
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 |  |                                             |                                |  |  |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">           _ _ - _ - _ - _ - _<br/>           dzień — miesiąc — rok         </div>                                     |  |  |              |                           |                                                                                             |  |                                             |                                |  |  |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                           |  |  |              |                           |                                                                                             |  |                                             |                                |  |  |  |  |  |  |
| 5A. Ulica                                                                                                                                               |  |  |              | 5B. Numer domu/mieszkania |                                                                                             |  |                                             | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                           |                                                                                             |  |                                             |                                |  |  |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe)                                                                                                              |  |  |              |                           |                                                                                             |  |                                             |                                |  |  |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)                                                                                                                   |  |  |              |                           |                                                                                             |  |                                             |                                |  |  |  |  |  |  |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |              |                           |                                                                                             |  |                                             |                                |  |  |  |  |  |  |
| 8A. Imię                                                                                                                                                |  |  | 8B. Nazwisko |                           |                                                                                             |  | 8C. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |                                |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                           |                                                                                             |  |                                             |                                |  |  |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                              |  |  |              |                           |                                                                                             |  |                                             |                                |  |  |  |  |  |  |
| 8D. Ulica                                                                                                                                               |  |  |              | 8E. Numer domu/mieszkania |                                                                                             |  |                                             | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                           |                                                                                             |  |                                             |                                |  |  |  |  |  |  |
| 8G. Imię                                                                                                                                                |  |  | 8H. Nazwisko |                           |                                                                                             |  | 8I. Numer telefonu<br>(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 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn.zm.) deklaruję wybór:

|                                     |                                   |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy  | DP MED Spółka z o. o.             |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | ul. Modlińska 49, 05-110 Jabłonna |

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

- |                                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup> |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

11. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

## III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

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

|                                                            |                    |
|------------------------------------------------------------|--------------------|
| Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej | MILENA LIZINIEWICZ |
|------------------------------------------------------------|--------------------|

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

- |                                                           |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup> |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|

14. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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, pielęgniarkę 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 pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo do 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, pielęgniarkę 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 o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę 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.