

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

| <b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>                                                                                                       |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------|------------------------------|--------------------------------------------|--|---------------------------|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|
| <b>1. Imię</b>                                                                                                                                   |  |  | <b>2. Nazwisko</b> |                              |                                            |  | <b>3. Nazwisko rodowe</b> |                                                                   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
| <b>4. Data urodzenia</b>                                                                                                                         |  |  | <b>5. Płeć</b>     |                              | <b>6. Numer PESEL, o ile został nadany</b> |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
| Dzień – miesiąc – rok                                                                                                                            |  |  | M/K                |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
| <b>7. Adres zamieszkania</b>                                                                                                                     |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
| <b>Ulica</b>                                                                                                                                     |  |  |                    | <b>Numer domu/mieszkania</b> |                                            |  |                           | <b>Kod pocztowy i miejscowość</b>                                 |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
| <b>8. Numer telefonu</b>                                                                                                                         |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
| <b>9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów</b>                                                                                          |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
| <b>10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego<sup>1)</sup></b>                                                                                    |  |  |                    |                              |                                            |  |                           | <b>11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b> |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                  |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |
| <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(data) <span style="margin-left: 200px;">(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</span></p> |  |  |                    |                              |                                            |  |                           |                                                                   |  |  |  |  |

**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:

**Centrum Zdrowia Adam Muszyński s.j.  
ul. Słowicza 1a, 05-540 Ustanów**

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

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

.....  
(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>

.....  
(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

.....  
(data)

.....  
(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).