

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ **PIELĘGNIARKI**
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

IV. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY															
13. Imię				14. Nazwisko				15. Nazwisko rodowe							
16. Data urodzenia				17. Płeć		18. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość									
<div style="text-align: center;"> -- - - - - dzień — miesiąc — rok </div>				M/K											
19. Adres miejsca zamieszkania															
<i>7A. Ulica</i>				<i>7B. Numer domu/mieszkania</i>				<i>7C. Kod pocztowy i miejscowość</i>							
20. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)															
21. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)															
22. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ⁶⁾)															
10A. Imię			10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)								
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>															
<i>10D. Ulica</i>				<i>10E. Numer domu/mieszkania</i>				<i>10F. Kod pocztowy i miejscowość</i>							
10G. Imię			10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)								
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>															
<i>10J. Ulica</i>				<i>10K. Numer domu/mieszkania</i>				<i>10L. Kod pocztowy i miejscowość</i>							
23. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾							24. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia								
V. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY															
13. 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:															

13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	Centrum Usług Medycznych Frontida Sp. z .o.o. Przychodnia Frontida
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Opolska 188, 52-014 Wrocław

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾	<input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁴⁾
--	---	---

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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"> <input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	<input type="checkbox"/> inna okoliczność
--	---

VI. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁵⁾

Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	Marta Jaworowska pielęgniarka rodzinna
--	---

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

<input type="checkbox"/> po raz pierwszy	<input type="checkbox"/> po raz drugi ⁴⁾	<input type="checkbox"/> po raz kolejny ⁴⁾
--	---	---

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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"> <input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	<input type="checkbox"/> inna okoliczność
--	---

..... (data) (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)
-----------------	--

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)