

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

VII. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
25. Imię			26. Nazwisko				27. Nazwisko rodowe					
28. Data urodzenia			29. Płeć		30. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
____ - ____ - ____ dzień — miesiąc — rok			M/K									
31. Adres miejsca zamieszkania												
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość				
32. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
33. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)												
34. 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>												
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość				
10G. Imię		10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
10J. Ulica				10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość				
35. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej²⁾						36. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						
VIII. 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:

- 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

IX. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ 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 położnej podstawowej opieki zdrowotnej	Jagoda Marcinkiewicz położna
--	---------------------------------

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:

- 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)

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