

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ 1)**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY													
1. Imię				2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia				5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
<div style="text-align: center;">           _ _ - _ _ - _ _ _ _            dzień — miesiąc — rok         </div>				M/K									
<b>7. Adres miejsca zamieszkania</b>													
7A. Ulica				7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość					
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)													
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)													
<b>10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>6)</sup>)</b>													
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					
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej <sup>2)</sup>						12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia							
						0 5							

**II. 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	<b>Praktyka Lekarzy "Kopernik" Jacek Napiórkowski Sp. j.</b>
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	<b>96-100 Skierniewice, ul. Kopernika 9a</b>

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

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

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, 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**

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

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej
---

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

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

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, 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

.....  
(data)

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

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