

**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>							
<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>----- (data) ----- <b>WZÓR</b> ----- adcczenioiocy lub opiekuna prawnego -----</p>													

**II. DANE DOTYCZĄCE**

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruję wybór:

Centrum Medyczne "SOPMED" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością Sopot 81-756 Chrobrego 6/8  
-----  
(dane dotyczące świadczeniodawcy - nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

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 za środków publicznych deklaruję 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)

# WZÓR

-----  
(ujmującej 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).