



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

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY											
1. Imię						2. Nazwisko					
3. Data urodzenia						4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość					
-- -- dzień -- -- miesiąc -- -- rok -- --											
5. Adres zamieszkania											
5A. Ulica				5B. Numer domu/mieszkania				5C. Kod pocztowy i miejscowość			
								-- -- - -- --			
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)											
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)											
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹)											
8A. Imię				8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)			
Adres zamieszkania											
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość			
								-- -- - -- --			
8G. Imię				8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)			
Adres zamieszkania											
8J. Ulica				8K. Numer domu/mieszkania				8L. Kod pocztowy i miejscowość			
								-- -- - -- --			

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY	
9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 poz. 172) deklaruję wybór:	
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	Salve Sp. z o.o. Sp. k.
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	A. Struga 3, 90-420 Łódź
10. W bieżącym roku dokonuję wyboru ² :	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³
11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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">■ zmiana miejsca zamieszkania,■ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy,■ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	

III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴

Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru²:

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny³

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy,
- z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

inna okoliczność

.....
data

.....
podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego⁴

Objaśnienia:

- ¹) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
- ²) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- ³) W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- ⁴) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub połączną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- ⁵) Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.