

## DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ 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								
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>_____ dzień</span> <span>_____ miesiąc</span> <span>_____ rok</span> </div>														
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 <sup>1</sup> )														
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 <sup>2</sup> :	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3</sup>	
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"> <li>■ zmiana miejsca zamieszkania,</li> <li>■ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy,</li> <li>■ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	

III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	
12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>4</sup>	
Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	
13. W bieżącym roku dokonuję wyboru <sup>2</sup> :	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3</sup>
14. 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"> <li>■ zmiana miejsca zamieszkania,</li> <li>■ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy,</li> <li>■ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność .....	
..... data	..... podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego <sup>4</sup>

### Objaśnienia:

- <sup>1)</sup> Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- <sup>2)</sup> Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub położnej 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, położną 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).
- <sup>3)</sup> 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.
- <sup>4)</sup> Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną 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).
- <sup>5)</sup> 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.