

**DEKLARACJA WYBORU WIADCZENIODAWCY UDZIELAJ CEGO
WIADCZE Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZ CE WIADCZENIOBIORCY													
1. Imię			2. Nazwisko					3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia			5. Płeć		6. Numer PESEL, o ile został nadany								
Dzień Miesiąc Rok			M/K										
7. Adres zamieszkania													
Ulica					Numer domu/mieszkania				Kod pocztowy i miejscowość				
8. Numer telefonu													
9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów													
10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego¹⁾										11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> (data) (podpis wiadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) </div>													

II. DANE DOTYCZ CE WIADCZENIODAWCY

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

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w Białymstoku
15 -274 Białystok, ul. Waszyngtona 17
Gabinet Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Regon 0014006394 NIP 5422534063
Nr księgi rejestrowej 00000001859
Jedn. org. 03 kom.org. 094

(dane dotyczące wiadczeniodawcy: nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

W którym roku dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

í í í í í í í í í í í í í í ..

(data)

..í í

(podpis wiadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. DANE DOTYCZ CE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruje wybór:³⁾

Edyta Babiska - Malec

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuje wyboru:²⁾

po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

.....

(data)

.....

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....

(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

Objaśnienia:

- ¹⁾ Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji świadczeń numer po świadczenia potwierdza jego prawo do świadczenia opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
- ²⁾ 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 opłat w wysokości 80 zł. świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczenia 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).
- ³⁾ świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo u dwóch świadczeniodawców (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).