

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ  
POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>														
<b>1. Imię</b>						<b>2. Nazwisko</b>								
<b>3. Data urodzenia</b>			<b>4. Numer PESEL, a przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>											
<div style="text-align: center;">           _ _ - _ - _ - _ - _            dzień – miesiąc - rok         </div>														
<b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>														
<i>5A. Ulica</i>				<i>5B. Numer domu/mieszkania</i>				<i>5C. Kod pocztowy i miejscowość</i>						
<b>6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</b>														
<b>7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)</b>														
<b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>1)</sup>)</b>														
<i>8A. Imię</i>				<i>8B. Nazwisko</i>				<i>8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</i>						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>														
<i>8D. Ulica</i>				<i>8E. Numer domu/mieszkania</i>				<i>8F. Kod pocztowy i miejscowość</i>						
<i>8G. Imię</i>				<i>8H. Nazwisko</i>				<i>8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)</i>						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>														
<i>8J. Ulica</i>				<i>8K. Numer domu/mieszkania</i>				<i>8L. Kod pocztowy i miejscowość</i>						
<b>II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY</b>														
<b>9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:</b>														
<b>9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy</b>		Dolnośląskie Centrum Medyczne DOLMED S.A.												
<b>9B. Adres siedziby świadczeniodawcy</b>		ul. Legnicka 40, 53-674 Wrocław												
<b>10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></b>														
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi						<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>								
<b>11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</b>														
<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><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność														

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 kalendarzowym 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 drugi 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>5)</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 wnoszą 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, położną 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.