

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

<b>I. DANE DOTYCZ CE WIADCZENIOBIORCY</b>													
<b>1. Imi</b>			<b>2. Nazwisko</b>					<b>3. Nazwisko rodowe</b>					
<b>4. Data urodzenia</b>			<b>5. Płe</b>		<b>6. Numer PESEL, o ile zostaŃ nadany</b>								
Dzie    Ę miesi c    Ę rok			M/K										
<b>7. Adres zamieszkania</b>													
<b>Ulica</b>					<b>Numer domu/mieszkania</b>				<b>Kod pocztowy i miejscowo</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 oddziaŃ wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b>			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó ó</span> <span>ó ó</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>(data)</span> <span>(podpis wiadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</span> </div>													

**II. DANE DOTYCZ CE WIADCZENIODAWCY**

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o wiadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze rodków publicznych deklaruj wybór:

Uniwersytecki Dzieci cy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofa w BiaŃymstoku  
15 -274 BiaŃystok, ul. Waszyngtona 17  
Gabinet Piel gniarki Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
Regon 0014006394      NIP 5422534063  
Nr ksi gi rejestrowej 00000001859  
Jedn. org. 03 kom.org. 095

(dane dotycz ce wiadczeniodawcy . nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania wiadcze )

W bie cym roku dokonuj wyboru:<sup>2)</sup>

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 í ..

(data)

..í í í í í í í í í í í í í í í í í í í

(podpis wiadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

### III. DANE DOTYCZĄCE PIELGNIARKI 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:<sup>3)</sup>

Beata Godlewska

(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

W którym roku dokonuje wyboru:<sup>2)</sup>

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

.....

(data)

.....

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

.....

(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

#### **Objaśnienia:**

- <sup>1)</sup> Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji - numer po świadczenia potwierdzający tego 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 opłat 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 powstających 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 u dwóch świadczeniodawców (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).