

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 miejsca 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 miejsca zamieszkania													
8D. Ulica						8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość			
8G. Imię				8H. Nazwisko						8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)			
Adres miejsca 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 r. poz. 172) deklaruję wybór:	
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	Centrum Medyczne „BATOREGO” Spółka z o.o.
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	Aleje Stefana Batorego 77, 33-300 Nowy Sącz

10. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾	
☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ po raz trzeci i kolejny ³⁾
11. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, 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: - o zmiana miejsca zamieszkania - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) ☐ 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:⁴⁾	
<i>Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej</i>	
13. W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾	
☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ po raz trzeci i kolejny ³⁾
14. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy podać wskazać czy powodem dokonania wyboru jest:	
☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o opiece zdrowotnej: - o zmiana miejsca zamieszkania - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) ☐ inna okoliczność	
..... (data)	 (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾

OBJAŚNIENIA:

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) 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).
- 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, położną 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 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).
- 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.