Położnej POZ

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ[1)]

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY																			
1. Imię		**2. Nazwisko**								**3. Nazwisko rodowe**									
4. Data urodzenia		**5. Płeć**		**6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość**															
_ _ - _ _ - _ _ _ _ dzień — miesiąc — rok		M/K																	

7. Adres miejsca zamieszkania		
7A. *Ulica*	7B. *Numer domu/mieszkania*	7C. *Kod pocztowy i miejscowość*

8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)														

9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)	

10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona[6)])

10A. *Imię*	10B. *Nazwisko*	10C. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)*

Adres miejsca zamieszkania		
10D. *Ulica*	10E. *Numer domu/mieszkania*	10F. *Kod pocztowy i miejscowość*

10G. *Imię*	10H. *Nazwisko*	10I. *Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)*

Adres miejsca zamieszkania		
10J. *Ulica*	10K. *Numer domu/mieszkania*	10L . *Kod pocztowy i miejscowość*

11. Numer PESEL jednego z przedstawicieli ustawowych												**12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**		

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. *Nazwa (firma) świadczeniodawcy*	**OSASUNA Sp. z o. o.**
13B. *Adres siedziby świadczeniodawcy*	**61-131 POZNAŃ, KALISKA 21**

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)]

□ po raz pierwszy	□ po raz drugi[4)]	□ po raz kolejny[4)]

15. 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:
- ○ zmiana miejsca zamieszkania
- ○ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- ○ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

……

□ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:[5)]

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	**IGA GOSIK**

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:[3)]

□ po raz pierwszy	□ po raz drugi[4)]	□ po raz kolejny[4)]

18. 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:
- ○ zmiana miejsca zamieszkania
- ○ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- ○ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

……

□ inna okoliczność

…… (data)	…… (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

…… (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)