

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
|--|--|----------------------|--------------------|---|--|---|---------------------------|---|--|--|--|--|
| <b>1. Imię</b>   |  |                      | <b>2. Nazwisko</b> |   |  |   | <b>3. Nazwisko rodowe</b> |   |  |  |  |  |
|  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <b>4. Data urodzenia</b>   |  |                      | <b>5. Płeć</b>     |   | <b>6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b> |   |                           |   |  |  |  |  |
| -- -- -- --<br>dzień — miesiąc — rok   |  |                      | M/K                |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <b>7. Adres miejsca zamieszkania</b>   |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <i>7A. Ulica</i>   |  |                      |                    | <i>7B. Numer domu/mieszkania</i>                    |  |   |                           | <i>7C. Kod pocztowy i miejscowość</i>                 |  |  |  |  |
|  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <b>8. Numer telefonu</b><br>(pole nieobowiązkowe)  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <b>9. Adres e-mail</b> (pole nieobowiązkowe)   |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <b>10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku, gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> ) |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <i>10A. Imię</i>   |  | <i>10B. Nazwisko</i> |                    |   |  | <i>10C. Numer telefonu</i><br>(pole nieobowiązkowe)               |                           |   |  |  |  |  |
|  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <i>10D. Ulica</i>  |  |                      |                    | <i>10E. Numer domu/mieszkania</i>                   |  |   |                           | <i>10F. Kod pocztowy i miejscowość</i>                |  |  |  |  |
|  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <i>10G. Imię</i>   |  | <i>10H. Nazwisko</i> |                    |   |  | <i>10I. Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)                  |                           |   |  |  |  |  |
|  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <i>10J. Ulica</i>  |  |                      |                    | <i>10K. Numer domu/mieszkania</i>                   |  |   |                           | <i>10L. Kod pocztowy i miejscowość</i>                |  |  |  |  |
|  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <b>11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2)</sup></b>                     |  |                      |                    |   |  | <b>12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b> |                           |   |  |  |  |  |
|  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <b>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:</b>     |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <i>13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy</i>   |  |                      |                    | <b>CENTRUM MEDYCZNE AGMED</b>                       |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <i>13B. Adres siedziby świadczeniodawcy</i>  |  |                      |                    | ul. Grafitowa 4, 72-006 Mierzyn                     |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <b>14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup></b>   |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy   |  |                      |                    | <input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup> |  |   |                           | <input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup> |  |  |  |  |
|  |  |                      |                    |   |  |   |                           |   |  |  |  |  |

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- osiągnięcie 18. Roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii 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:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko lekarza

podstawowej opieki zdrowotnej

**ANNA KLONOWSKA-WÓJCIK**

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

po raz kolejny<sup>4)</sup>

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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
- osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
- .....
- inna okoliczność

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....  
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

#### OBJAŚNIENIA:

- 1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy.
- 2) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
- 3) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, 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).
- 4) W przypadku wyboru drugiego 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 5) 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).
- 6) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.

#### KLAUZULA INFORMACYJNA

- Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (Dz. Urz. UE L 119 poz. 1 z 04.05.2016 r.) informuję, iż:
- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne Agmed z siedzibą w Mierzynie przy ul. Graftowej 4, NIP 8521405399, REGON 812629301 (zwany dalej Administratorem), reprezentowany przez Agnieszkę Jaworowską właścicielką Przychodni;
  - 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować pisemnie za pomocą poczty tradycyjnej na adres: Centrum Medyczne Agmed, 72-006 Mierzyn, ul. Graftowa 4 lub e-mail: [inspektordokbb@gmail.com](mailto:inspektordokbb@gmail.com);
  - 3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. H ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
  - 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa do uzyskania danych osobowych i danych wrażliwych (o stanie zdrowia, rozpoznaniu lub leczeniu) (Narodowy Fundusz Zdrowia, Powiatowy Państwowy Inspektor Sanitarny, osoby wykonujące zawody medyczne) oraz laboratoria, pracownie diagnostyczne, podmioty lecznicze, przedsiębiorstwa transportu sanitarnego, z którymi administrator posiada podpisane umowy podwykonawstwa świadczonych usług medycznych;
  - 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat;
  - 6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
  - 7) posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez administratora, jeśli uzna Pani/ Pan za uzasadnione, że Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., na adres: ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, e-mail: [kancelaria@puodo.gov.pl](mailto:kancelaria@puodo.gov.pl);
  - 8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne i wynika z przepisów prawa tj. m.in. ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a odmowa podania danych osobowych będzie skutkowałą możliwością odstąpienia lub powstrzymania się od udzielenia świadczeń zdrowotnych, chyba, że inne przepisy stanowią inaczej;
  - 9) administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym;
  - 10) administrator nie podejmuje czynności związanych ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, w tym o profilowaniu.