

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

| <b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>                    |  |  |                    |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |
|---|--|--|--------------------|--|--|--|---------------------------|---|--|--|--|--|
| <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, o ile został nadany</b> |  |  |                           |   |  |  |  |  |
| Dzień – miesiąc – rok   |  |  | M/K                |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |
|   |  |  |                    |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |
| <b>7. Adres zamieszkania</b>                                  |  |  |                    |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |
| <b>Ulica</b>  |  |  |                    | <b>Numer domu/mieszkania</b>               |  |  |                           | <b>Kod pocztowy i miejscowość</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 oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b> |  |  |  |  |
|   |  |  |                    |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |
|   |  |  |                    |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |
|   |  |  |                    |  |  |  |                           |   |  |  |  |  |
| (data)  |  |  |                    |  |  | (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) |                           |   |  |  |  |  |

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruję wybór:

**CENTRUM MEDYCZNE AGMED UL.GRAFITOWA 4, 72-006 MIERZYN**

(dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

NIP 852-140-53-99      REGON 812629301

W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

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

(data)

(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

### III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA 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>

spec. med. rodz. Joanna Iskra-Trifunović

.....  
(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję 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 poświadczenia potwierdzającego 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 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, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub z innych przyczyn powstałych 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 będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).