

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO  
ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
ORAZ PIELEŃNIARKI 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>			
<p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(data) <span style="margin-left: 200px;">(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</span></p>													

## 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 deklaruje wybór:

**CENTRUM MEDYCZNE AGMED  
UL. GRAFITOWA 4, 72-006 MIERZYN  
FILIA DOBRA  
UL. GRANICZNA 24, 72-003 DOBRA**

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 PIELEŃNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruję wybór:<sup>3)</sup>

**Jolanta Bodnar**

(imię i nazwisko pielęgniarki 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).