

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

| <b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>   |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--------------|--|--------------------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|
| <b>1. Imię</b>   |  |  |              |  |                                | <b>2. Nazwisko</b> |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| <b>3. Data urodzenia</b>   |  |  |              | <b>4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b> |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| -- - - - -<br>dzień - miesiąc - rok  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| <b>5. Adres miejsca zamieszkania</b>   |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| 5A. Ulica  |  |  |              |  | 5B. Numer domu /<br>mieszkania |                    |  |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość                     |  |  |  |
|  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| <b>6. Numer telefonu</b><br><i>(pole nieobowiązkowe)</i>   |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| <b>7. Adres e-mail</b> <i>(pole nieobowiązkowe)</i>  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| <b>8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| 8A. Imię   |  |  | 8B. Nazwisko |  |                                |                    |  |  | 8C. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i> |  |  |  |
|  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| 8D. Ulica  |  |  |              |  | 8E. Numer<br>domu/mieszkania   |                    |  |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość                     |  |  |  |
|  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| 8G. Imię   |  |  | 8H. Nazwisko |  |                                |                    |  |  | 8I. Numer telefonu<br><i>(pole nieobowiązkowe)</i> |  |  |  |
|  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| <i>Adres miejsca zamieszkania</i>  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |  |  |  |  |
| 8J. Ulica  |  |  |              |  | 8K. Numer<br>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   | NZOZ Położne Środowiskowo Rodzinne <i>J.Gurgul i Partnerzy</i>                   |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy  | Os. Kolorowe 21, 31-940 Kraków   |
| 10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>   |  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi  | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>                   |
| 11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:  |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> 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: <sup>4)</sup>  |  |
| Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej   | Agnieszka Nawracaj   |
| 13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>   |  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi  | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>                   |
| 14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:  |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>o zmiana miejsca zamieszkania</li> <li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |  |
| .....<br>(data)  | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup> |