

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

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY                                                                                                                     |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------|-------------|---------------------------------------------|--|--------------------------------|--|--|--|
| 1. Imię                                                                                                                                                 |  |  |              |                                                                                             |  |                             | 2. Nazwisko |                                             |  |                                |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| 3. Data urodzenia                                                                                                                                       |  |  |              | 4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| -- -- -- --<br>dzień - miesiąc - rok                                                                                                                    |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                           |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| 5A. Ulica                                                                                                                                               |  |  |              |                                                                                             |  | 5B. Numer domu / mieszkania |             |                                             |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe)                                                                                                              |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| 7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)                                                                                                                   |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> ) |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| 8A. Imię                                                                                                                                                |  |  | 8B. Nazwisko |                                                                                             |  |                             |             | 8C. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |  |                                |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                              |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| 8D. Ulica                                                                                                                                               |  |  |              |                                                                                             |  | 8E. Numer domu/mieszkania   |             |                                             |  | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| 8G. Imię                                                                                                                                                |  |  | 8H. Nazwisko |                                                                                             |  |                             |             | 8I. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |  |                                |  |  |  |
|                                                                                                                                                         |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania                                                                                                                              |  |  |              |                                                                                             |  |                             |             |                                             |  |                                |  |  |  |
| 8J. Ulica                                                                                                                                               |  |  |              |                                                                                             |  | 8K. Numer 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  | <b>CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A.</b>                                       |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | <b>Galeria Młociny ul. Zgrupowania AK „Kampinos” 15<br/>01-943 Warszawa</b> |

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:

- ☐ 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, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- ☐ 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 | <b>Agnieszka Lewandowska</b> |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|

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:

- ☐ 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, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- ☐ inna okoliczność

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)<sup>5)</sup>

#### OBJAŚNIENIA:

- <sup>1)</sup> Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- <sup>2)</sup> Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, 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).
- <sup>3)</sup> W przypadku wyboru trzeciego 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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- <sup>4)</sup> 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).
- <sup>5)</sup> Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.