

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

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |                                |  |  |  |
|--|--|--|--------------|--|--------------------------------|--------------------|--|--|--------------------------------|--|--|--|
| <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 |  |  |  |
|  |  |  |              |  |                                |                    |  |  |                                |  |  |  |
| 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  | <b>CENTRUM MEDYCZNE ENEL-MED S.A.</b>           |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | <b>ul. Ostrobramska 75c<br/>04-175 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:

|  |
|--|
| <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><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</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 | <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:

|  |
|--|
| <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><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li><li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li></ul> |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność  |

|                 |  |
|-----------------|--|
| .....<br>(data) | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup> |
|-----------------|--|

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) 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).
- 3) 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.
- 4) 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).
- 5) 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.