

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA
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						
____-____-____ dzień - miesiąc - rok												
5. Adres miejsca zamieszkania												
5A. Ulica				5B. Numer domu / mieszkania				5C. Kod pocztowy i miejscowość				
6. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>												
7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>												
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)												
8A. Imię			8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
8G. Imię			8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>					
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
8J. Ulica				8K. Numer domu/mieszkania				8L. Kod pocztowy i miejscowość				