

**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									
<div style="text-align: center;"> _ _ - _ _ - _ _ _ _ dzień - miesiąc - rok </div>															
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>								
Adres miejsca zamieszkania															
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość							
8G. Imię			8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>								
Adres miejsca zamieszkania															
8J. Ulica				8K. Numer domu/mieszkania				8L. Kod pocztowy i miejscowość							