

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 | |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy | |

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾ |
|---|--|

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">o zmiana miejsca zamieszkaniao zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcyo osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatriio z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność |

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

| | |
|---|--|
| Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej | |
|---|--|

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi | <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny ³⁾ |
|---|--|

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">o zmiana miejsca zamieszkaniao zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcyo osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatriio z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) |
| <input type="checkbox"/> inna okoliczność |

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾