

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="display: flex; justify-content: space-between;"> __ __ __ __ __ __ __ </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> dzień miesiąc rok </div>											
5. Adres zamieszkania											
5A. Ulica				5B. Numer domu/mieszkania				5C. Kod pocztowy i miejscowość			
								__ - __ - ____			
6. Numer telefonu <small>(pole nieobowiązkowe)</small>											
7. Adres e-mail <small>(pole nieobowiązkowe)</small>											
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego <small>(w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona¹)</small>											
8A. Imię				8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu <small>(pole nieobowiązkowe)</small>			
Adres zamieszkania											
8D. Ulica				8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość			
								__ - __ - ____			
8G. Imię				8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu <small>(pole nieobowiązkowe)</small>			
Adres 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 poz. 172) deklaruję wybór:	
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	Salve Sp. z o.o. Sp. k.
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	A. Struga 3, 90-420 Łódź
10. W bieżącym roku dokonuję wyboru ² :	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi <input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny³	
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"> <input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania, <input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, <input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) 	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność <div style="border-top: 1px dashed black; height: 15px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	

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:⁴

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku dokonuję wyboru²:

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny³

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, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy,
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)

inna okoliczność

.....
data

.....
podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego⁴

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, pielęgniarkę 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.