

**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 <sup>1)</sup> )												
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				

## 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	MEDICOMPLEX SP. Z O.O. Poradnia Lekarza Podstawowej Opieki Medycznej
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Wawrzyniaka 4, 62-050 Mosina

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>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) .....</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	Agnieszka Nowicka
--	-------------------

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

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