Deklaracja wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej
oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

|  |
| --- |
| **I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY**  |
| **1. Imię**  | **2. Nazwisko** | **3. Nazwisko rodowe** |
|  |  |  |
| **4. Data urodzenia**  | **5. Płeć**  | **6. Numer PESEL, o ile został nadany** |
| **Dzień – miesiąc –rok** \_ \_-\_ \_-\_ \_ \_ \_ | M/K |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7. Adres zamieszkania** |
| **Ulica**  |  **Numer domu/mieszkania**  | **Kod pocztowy i miejscowość**  |
|  |  |  |
| **8. Numer telefonu**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9. Miejsce nauki w przypadku uczniów i studentów**  |
|  |
| **10. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego1)** | **11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …01.08.2016…………………… …………………………………………………………………………………… (data) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) |

**II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY**

Na podstawie art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruję wybór:

AM-medica Sp. z o.o. Al.Jana Pawła II 77 15-703 Białystok NIP 5423239113 REGON 200874106

 (dane dotyczące świadczeniodawcy – nazwa (firma), siedziba i miejsce udzielania świadczeń)

Miejsce udzielania świadczeń:

Centrum medyczne AM- medica Ul. Białostocka 20A 16-050 Michałowo

W bieżącym roku dokonuję wyboru:2)

 po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

……………….. ..………………………………………………………

 (data) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

**III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

Na podstawie art. 28 ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych deklaruję wybór:3)

Beata Czarnecka-Pytko

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

W bieżącym roku dokonuję wyboru:2)

 po raz pierwszy po raz drugi po raz trzeci po raz kolejny

 ..………………………………………………………

 (data) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

………………………………………………………………………..

 (podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

**Objaśnienia:**

1) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż trzy 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, lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 28 ust. 1c i 1d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

3) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza, pielęgniarkę lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 28 ust. 1b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).