

**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> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> </div> <div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> </div> <div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> <div>---</div> </div>												

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	SCANMED S.A. ul. Stefana Okrzei 1A, 03-715 Warszawa
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	Centrum Medyczne Scanmed ul. Przemysłowa 46a, 61-541 Poznań
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 zamieszkania o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <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: ⁴⁾	
Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej	EWA TURSKA
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 zamieszkania o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <input type="checkbox"/> inna okoliczność	
..... (data)	<div></div> <div>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾</div>

OBJAŚNIENIA:

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej połoźnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub połoźnej 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, połoźną 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, połoźną 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 połoźną 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.