

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENI ODAWCY 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												
dzień - miesiąc - rok																		
5. Adres miejsca zamieszkania																		
5A. Ulica					5B. Numer domu mieszkania			5C. Kod pocztowy i miejscowość										
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)																		
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)																		
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾)																		
8A. Imię			8B. Nazwisko			8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
Adres miejsca zamieszkania																		
8D. Ulica					8E. Numer domu/mieszkania			8F. Kod pocztowy i miejscowość										
8G. Imię			8H. Nazwisko			8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)												
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)
świadczoniodawcy

Położna z Sercem sp. z o.o.

9B. Adres siedziby
świadczoniodawcy

Ul: Adama Mickiewicza 5/2, Poznań 60-833 NIP-781-191-45-07

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: [¶]

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny [§]

11. 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 świadczoniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (podać jakich)
- 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: [¶]

Imię i nazwisko położnej POZ

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: [¶]

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny [§]

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 świadczoniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy
 - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (podać jakich) -
- inna okoliczność

(data)

podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego⁵

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 świadczoniodawcy 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 świadczoniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy (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 świadczoniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczoniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczoniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczoniodawcy, u różnych świadczoniodawców albo będących świadczoniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdr owotnej) .
- 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.