

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
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 <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) deklaruje wybór:

"MEDIC CENTRUM" Sp. z o.o.

9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	91-211 Łódź, ul. Rydzowa 22 tel. 42 652 07 20; fax 42 652 27 75 NIP 9471999189 REG. 382462629, KRS 0000769786
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	I 000000005096, VIII 0010 Poradnia lekarza POZ V/VII 01 Przychodnia / 001 Poradnia POZ

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

- po raz pierwszy lub po raz drugi       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:

- 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

## III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór:<sup>4)</sup>

Imię i nazwisko  
lekarza podstawowej  
opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup>

- po raz pierwszy lub po raz drugi       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:

- 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - osiągnięcie 18. roku życia przez świadczeniobiorcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

.....  
(data)

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