

Deklaracja wyboru: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej/pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej/ położnej podstawowej opieki zdrowotnej¹

Uwaga! Dokonujący wyboru nie ma obowiązku złożenia deklaracji na wszystkie trzy zakresy świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Może dokonać wyboru w zakresie, który go interesuje. Wybór dotyczy imiennie osób udzielających świadczeń (tzn. lekarza, pielęgniarki, położnej) u świadczeniodawcy, który zawarł umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

I. Dane osobowe (patrz instrukcja wypełnienia deklaracji)

1. Dane osoby, dla której dokonywany jest wybór (świadczeniobiorcy):

Kod Oddziału NFZ²

(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Nazwisko)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Imię/Imiona)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Nazwisko rodowe)

(Płeć: M/K)

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

Adres zamieszkania

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Ulica)

(Nr domu/mieszkania)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Kod pocztowy)

(Miejscowość)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Nazwa gminy)

(Telefon)

Adres do korespondencji (o ile jest inny niż adres zamieszkania)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Ulica)

(Nr domu/mieszkania)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Kod pocztowy)

(Miejscowość)

(Telefon)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Nazwa gminy)

(Telefon)

2. Dane osoby dokonującej wyboru dla świadczeniobiorcy:³

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Nazwisko)

(Imię)

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

(Nr ewidencyjny PESEL)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:

1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w przy ul. są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz.U.Nr 210 poz. 2135 z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

