

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY													
1. Imię				2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe					
4. Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok				5. Płeć: M/K		6. Numer PESEL, o ile został nadany							
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 zdrowotnego ¹⁾					
11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia				02									
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> (data) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) </div>													

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 deklaruje wybór:

Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny

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

Zakład Opieki Zdrowotnej

Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Bydgoszczy

W bieżącym roku dokonuję wyboru:²⁾

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

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

