

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

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>														
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 <sup>1)</sup>								11. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						
								02						
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>..... (data)</span> <span>..... (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)</span> </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:<sup>2)</sup>

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

.....  
(data)

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

