

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z
ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ
ORAZ LEKARZA 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			
..... (data) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)													

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)

