



# DZIENNIK USTAW

## RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

---

Warszawa, dnia 30 czerwca 2020 r.

Poz. 1143

### ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 26 czerwca 2020 r.

#### w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 10 ust. 8 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór deklaracji wyboru:

- 1) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, zwanej dalej „ustawą”, oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia;
- 2) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy, oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 9 ust. 1 ustawy, oraz położnej podstawowej opieki zdrowotnej, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2020 r.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: wz. *W. Kraska*

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2269).

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 czerwca 2018 r. w sprawie wzorów deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1295 i 1852), które traci moc z dniem 1 lipca 2020 r. zgodnie z art. 34 pkt 4 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 26 czerwca 2020 r. (poz. 1143)

Załącznik nr 1

WZÓR

**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 |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| -- --<br>dzień - miesiąc - rok  |  |              |   |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania   |  |              |   |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 5A. Ulica   |  |              |   | 5B. Numer domu /<br>mieszkania |  |             |   | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe)  |  |              |   |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)   |  |              |   |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 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<br>(pole nieobowiązkowe) |                                |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |              |   |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 8D. Ulica   |  |              |   | 8E. Numer<br>domu/mieszkania   |  |             |   | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 8G. Imię  |  | 8H. Nazwisko |   |                                |  |             | 8I. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |                                |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |              |   |                                |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 8J. Ulica   |  |              |   | 8K. Numer<br>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) deklaruję wybór:   |  |
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy   | STARMED SP. Z O. O.  |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy  | ul. Starowiejska 50, 80-534 Gdańsk   |
| 10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>   |  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi  | <input type="checkbox"/> 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:  |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li> </ul> <input type="checkbox"/> 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 deklaruję wybór: <sup>4)</sup>  |  |
| Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej  | Radosław Iwaszko   |
| 13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>   |  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi  | <input type="checkbox"/> 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:  |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)<br/>.....</li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |  |
| .....<br>(data)  | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup> |

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 3) W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 5) Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

## WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIEŁĘGNIARKI  
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 |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">           -- -- -- --<br/>           dzień - miesiąc - rok         </div>   |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania   |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 5A. Ulica   |  |              |  | 5B. Numer domu / mieszkania |  |   |  | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |  |  |  |
|   |  |              |  |                             |  |   |  |                                |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br><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<br><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<br><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) deklaruję wybór:   |  |
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy   | STARMED SP. Z O. O.  |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy  | ul. Starowiejska 50, 80-534 Gdańsk   |
| 10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>   |  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi  | <input type="checkbox"/> 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:  |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |  |
| III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ   |  |
| 12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>4)</sup>  |  |
| Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej   | Małgorzata Gniołyńska  |
| 13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>   |  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi  | <input type="checkbox"/> 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:  |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |  |
| .....<br>(data)  | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup> |

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 3) W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 5) Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

## WZÓR

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻNEJ  
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 |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| ____-____-____<br>dzień - miesiąc - rok   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 5. Adres miejsca zamieszkania   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 5A. Ulica   |  |              |   | 5B. Numer domu / mieszkania |  |             |   | 5C. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 6. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe)  |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 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<br>(pole nieobowiązkowe) |                                |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| Adres miejsca zamieszkania  |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 8D. Ulica   |  |              |   | 8E. Numer domu/mieszkania   |  |             |   | 8F. Kod pocztowy i miejscowość |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 8G. Imię  |  | 8H. Nazwisko |   |                             |  |             | 8I. Numer telefonu<br>(pole nieobowiązkowe) |                                |  |  |  |  |
|   |  |              |   |                             |  |             |   |                                |  |  |  |  |
| 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) deklaruję wybór:  |  |
| 9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy  | STARMED SP. Z O. O.  |
| 9B. Adres siedziby świadczeniodawcy   | ul. Starowiejska 50, 80-534 Gdańsk   |
| 10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>  |  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi   | <input type="checkbox"/> 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:   |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |  |
| III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  |  |
| 12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór: <sup>4)</sup>   |  |
| Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej  | Ewa Grzankowska  |
| 13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>  |  |
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi   | <input type="checkbox"/> 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:   |  |
| <input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, połączną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność |  |
| .....<br>(data)   | .....<br>(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup> |

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej położnej podstawowej opieki zdrowotnej.
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 3) W przypadku wyboru trzeciego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.
- 4) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 5) Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.