

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

07

A 018350

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

KOWALSKI

(Nazwisko)

JAN

(Imię/Imiona)

50013028931

(Nr ewidencyjny PESEL)

M

30 - 01 - 1950

(Nazwisko rodowe)

(Płeć: M/K)

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

Adres zamieszkania

MICKIEWICZA

(Ulica)

3

13

(Nr domu/mieszkania)

03 - 567 WARSZAWA

(Kod pocztowy)

(Miejscowość)

ZOLIBORZ

(Nazwa gminy)

500000111

(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:

- 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.
- Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez CMP Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w WARSZAWIE przy ul. CHĄŁBIŃSKIEGO 8 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.

WARSZAWA, 15.12.2009

(Miejscowość, data)

Jan Kowalski

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

III. Deklaracja wyboru LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ⁴

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruje wybór:

ANNA ROKITNICKA

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ⁵ po raz pierwszy po raz drugi po raz kolejny

3. Deklarację składam w: ⁵ miejscu pełnienia służby Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO) ⁶

15 - 12 - 2009

(Data: dzień-miesiąc-rok)

Jan Kowalski

(Podpis świadczer iobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

IV. Deklaracja wyboru PIELEŃNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ⁴

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruje wybór:

JOANNA MIROMIUK

(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ⁵ po raz pierwszy po raz drugi po raz kolejny

3. Deklarację składam w: ⁵ miejscu pełnienia służby Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO) ⁶

15 - 12 - 2009

(Data: dzień-miesiąc-rok)

Jan Kowalski

(Podpis świadczer iobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

V. Deklaracja wyboru POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ⁴

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruje wybór:

(proszę wpisać nazwisko i imię położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: ⁵ po raz pierwszy po raz drugi po raz kolejny

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

Objaśnienia:

¹ niepotrzebne skreślić

² określając kod OW NFZ - należy podać kod Oddziału właściwego ze względu na siedzibę świadczeniodawcy

³ wypełnić w przypadku gdy dane osobowe wyszczególnione w CZĘŚCI I.1 są inne niż dane wymagane w CZĘŚCI I.2

⁴ wypełnić w przypadku dokonania wyboru.

⁵ właściwe zakreślić znakiem „X”

⁶ Powszechny Obowiązek Obrony