

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>

ДЕКЛАРАЦІЯ  
ПРО ВИБІР МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ ТА  
ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА

НОМЕР PESEL , А В РАЗІ ЙОГО  
ВІДСУТНОСТІ, НОМЕР ДОКУМЕНТА,  
ЩО ПОСВІДЧУЄ ОСОБУ

ДАНІ ПРО ЗАКОННОГО ОПІКУНА  
(У РАЗІ, ЯКЩО ОСОБА Є НЕПОВНОЛІТНЯ,  
АБО ПОВНІСТЮ НЕДІЄЗДАТНА)

НОМЕР КАРТКИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ,  
АБО НОМЕР, ЩО ПІДТВЕРДЖУЄ ПРАВО НА НАДАННЯ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

КОД ФІЛІЇ ВОЄВУДСЬКОГО  
НАЦІОНАЛЬНОГО ФОНДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY											
1. Imię <b>Ім'я</b>		2. Nazwisko <b>Прізвище</b>			3. Nazwisko rodowe <b>Перше прізвище</b>						
4. Data urodzenia <b>Дата народження</b> dzień — miesiąc — rok --- -- ----		5. Płeć <b>Стать</b> M/K		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
7. Adres miejsca zamieszkania <b>Адреса місця проживання</b>											
7A. Ulica <b>Вулиця</b>			7B. Numer domu/mieszkania <b>Номер будинку / квартири</b>			7C. Kod pocztowy i miejscowość <b>Поштовий індекс та місто</b>					
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)		<b>Номер телефону</b>									
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)				<b>Електронна адреса</b>							
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> )											
10A. Imię <b>Ім'я</b>		10B. Nazwisko <b>Прізвище</b>			10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) <b>Номер телефону</b>						
Adres miejsca zamieszkania <b>Адреса місця проживання</b>											
10D. Ulica <b>Вулиця</b>			10E. Numer domu/mieszkania <b>Номер будинку / квартири</b>			10F. Kod pocztowy i miejscowość <b>Поштовий індекс та місто</b>					
10G. Imię <b>Ім'я</b>		10H. Nazwisko <b>Прізвище</b>			10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) <b>Номер телефону</b>						
Adres miejsca zamieszkania <b>Адреса місця проживання</b>											
10J. Ulica <b>Вулиця</b>			10K. Numer domu/mieszkania <b>Номер будинку / квартири</b>			10L. Kod pocztowy i miejscowość <b>Поштовий індекс та місто</b>					
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej <sup>2)</sup>						12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia					

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy

13B. Adres siedziby świadczeniodawcy

**ДАНИ ПРО МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД**

**Назва (фірма) медичного закладу**

**Адреса квартири медичного закладу**

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup> **Цього року роблю вибір**

po raz pierwszy **вперше**    po raz drugi<sup>4)</sup> **вдруге**    po raz kolejny<sup>4)</sup> **Більше як другий**

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - zmiana miejsca zamieszkania
  - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - 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
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

**Якщо ви вибираєте другий або більше як другий раз за року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:**

**-обставина, визначається в статті 9 пункт 5**

**від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги -зміна місця проживання  
- припинення медичних послуг медичним закладом або лікарем у цьому медичному закладі  
- завершення 18 років особи, яка обслуговувалась у лікаря терапевта I або II ступня або педіатра  
-інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)  
-інші обставини**

## III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

**ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА**

**ДАНИ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА**

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup> **Цього року робить вибір**

po raz pierwszy **вперше**    po raz drugi<sup>4)</sup> **вдруге**    po raz kolejny<sup>4)</sup> **Більше як другий**

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - zmiana miejsca zamieszkania
  - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - 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
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

**Якщо ви вибираєте другий, більше як другий протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:**

**обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги  
зміна місця проживання  
- припинення медичних послуг медичним закладом або лікарем у цьому медичному закладі  
- завершення 18 років особи, яка обслуговувалась у лікаря терапевта I чи II ступня або педіатра  
що має кваліфікацію I і II ступня, або педіатр  
інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)  
-інші обставини**

(data) **дата**

(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

**(підпис особи, яка обирає медичний заклад та лікаря терапевта)**

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ PIELEŃNIARKI  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИБІР МЕДСЕСТРИ

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY			
1. Imię <b>Ім'я</b>	2. Nazwisko <b>Прізвище</b>	3. Nazwisko rodowe <b>Перше прізвище</b>	
4. Data urodzenia <b>Дата народження</b> dzień — miesiąc — rok <b>день місяць рік</b>	5. Płeć <b>Стать</b> M/K	6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	
7. Adres miejsca zamieszkania <b>Адреса місця проживання</b>			
7A. Ulica <b>Вулиця</b>	7B. Numer domu/mieszkania <b>Номер будинку</b>	7C. Kod pocztowy i miejscowość <b>Поштовий індекс та місто</b>	
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)	9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)		
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>2)</sup> )			
10A. Imię <b>Ім'я</b>	10B. Nazwisko <b>Прізвище</b>	10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) <b>Номер телефону</b>	
Adres miejsca zamieszkania <b>Адреса місця проживання</b>			
10D. Ulica <b>Вулиця</b>	10E. Numer domu/mieszkania <b>Номер будинку / квартири</b>	10F. Kod pocztowy i miejscowość <b>Поштовий індекс та місто</b>	
10G. Imię <b>Ім'я</b>	10H. Nazwisko <b>Прізвище</b>	10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) <b>Номер телефону</b>	
Adres miejsca zamieszkania <b>Адреса місця проживання</b>			
10J. Ulica <b>Вулиця</b>	10K. Numer domu/mieszkania <b>Номер будинку / квартири</b>	10L. Kod pocztowy i miejscowość <b>Поштовий індекс та місто</b>	
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej <sup>2)</sup>		12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia	

НОМЕР PESEL , А В РАЗІ ЙОГО  
ВІДСУТНОСТІ, НОМЕР ДОКУМЕНТА,  
ЩО ПОСВІДЧУЄ ОСОБУ

ДАНИ ПРО ЗАКОННОГО ОПІКУНА  
(У РАЗІ, ЯКЩО ОСОБА Є НЕПОВНОЛІТНІЯ,  
АБО ПОВНІСТЮ НЕДІЄЗДАТНА)

НОМЕР КАРТКИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ,  
АБО НОМЕР, ЩО ПІДТВЕРДЖУЄ ПРАВО НА НАДАННЯ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

КОД ФІЛІЇ ВОЄВУДСЬКОГО  
НАЦІОНАЛЬНОГО ФОНДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	<b>Назва медичного закладу</b>
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	<b>Адреса медичного закладу</b>

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup> **Цього року робить вибір**

po raz pierwszy **вперше**     po raz drugi<sup>4)</sup> **вдруге**     po raz kolejny<sup>4)</sup> **Більше як другий**

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - zmiana miejsca zamieszkania
  - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

**ДАНИ ПРО МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД**

**Якщо ви вибираєте другий, або більше як другий протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:**

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або медсестрою у цьому медичному закладі
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

## III. DANE DOTYCZĄCE PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

**Ім'я та прізвище медсестри**

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup> **Цього року робить вибір**

po raz pierwszy **вперше**     po raz drugi<sup>4)</sup> **вдруге**     po raz kolejny<sup>4)</sup> **Більше як другий**

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - zmiana miejsca zamieszkania
  - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

**ДАНИ МЕДСЕСТРИ**

**Якщо ви вибираєте другий, більше як другий протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору**

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або медсестрою у цьому медичному закладі
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

.....  
(data) **дата**

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

**(підпис особи, яка обирає медичний заклад та лікаря терапевта)**

.....  
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ POŁOŻEJ  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИБІР АКУШЕРА

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY											
1. Imię <b>Ім'я</b>			2. Nazwisko <b>Прізвище</b>			3. Nazwisko rodowe					
						<b>Перше прізвище</b>					
4. Data urodzenia <b>Дата народження</b>			5. Płeć <b>Стать</b>		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość						
<b>день місяць рік</b> dzień — miesiąc — rok			M/K								
7. Adres miejsca zamieszkania <b>Адреса місця проживання</b>											
7A. Ulica <b>Вулиця</b>			7B. Numer domu/mieszkania			7C. Kod pocztowy i miejscowość					
			<b>Номер будинку / квартири</b>			<b>Поштовий індекс та місто</b>					
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)			<b>Номер телефону</b>								
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)											
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> )											
10A. Imię <b>Ім'я</b>			10B. Nazwisko <b>Прізвище</b>			10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
						<b>Номер телефону</b>					
Adres miejsca zamieszkania <b>Адреса місця проживання</b>											
10D. Ulica <b>Вулиця</b>			10E. Numer domu/mieszkania			10F. Kod pocztowy i miejscowość					
			<b>Номер будинку / квартири</b>			<b>Поштовий індекс та місто</b>					
10G. Imię <b>Ім'я</b>			10H. Nazwisko <b>Прізвище</b>			10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
						<b>Номер телефону</b>					
Adres miejsca zamieszkania											
10J. Ulica <b>Вулиця</b>			10K. Numer domu/mieszkania			10L. Kod pocztowy i miejscowość					
			<b>Номер будинку / квартири</b>			<b>Поштовий індекс та місто</b>					
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej <sup>2)</sup>					12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						

НОМЕР PESEL , А В РАЗІ ЙОГО ВІДСУТНОСТІ, НОМЕР ДОКУМЕНТА, ЩО ПОСВІДЧУЄ ОСОБУ

ДАНИ ПРО ЗАКОННОГО ОПІКУНА (У РАЗІ, ЯКЩО ОСОБА Є НЕПОВНІЛІТНЯ, АБО ПОВНІСТЮ НЕДІЄЗДАТНА)

НОМЕР КАРТКИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ, АБО НОМЕР, ЩО ПІДТВЕРДЖУЄ ПРАВО НА НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

КОД ФІЛІЇ ВОЄВУДСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО ФОНДУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	<b>Назва (фірма) медичного закладу</b>
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	<b>Адреса медичного закладу</b>

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup> **Цього року роблю вибір**

po raz pierwszy **вперше**  po raz drugi<sup>4)</sup> **вдруге**  po raz kolejny<sup>4)</sup> **Більше як другий**

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - zmiana miejsca zamieszkania
  - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

## ДАНИ ПРО МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД

Якщо ви вибираєте другий, або наступний раз протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або акушером у цьому медичному закладі
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

## III. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko położnej podstawowej opieki zdrowotnej **Ім'я та прізвище акушерки**

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

po raz pierwszy **вперше**  po raz drugi<sup>4)</sup> **вдруге**  po raz kolejny<sup>4)</sup> **Більше як другий**

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - zmiana miejsca zamieszkania
  - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

## ДАНИ АКУШЕРКИ

припинення медичних послуг медичним закладом або акушером у цьому медичному закладі

Якщо ви вибираєте другий, або наступний раз протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або акушером у цьому медичному закладі
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

.....  
(data) **дата**

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

**(підпис особи, яка обирає медичний заклад та лікаря терапевта)**

.....  
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ, PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI  
ZDROWOTNEJ I POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>

ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИБІР МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ,  
ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА, МЕДСЕСТРИ ТА АКУШЕРА

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY											
1. Imię <b>Ім'я</b>		2. Nazwisko <b>Прізвище</b>			3. Nazwisko rodowe <b>Перше прізвище</b>						
4. Data urodzenia		5. Płeć		6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość							
-- -- -- -- dzień — miesiąc — rok		M/K									
7. Adres miejsca zamieszkania											
7A. Ulica <b>Вулиця</b>			7B. Numer domu/mieszkania			7C. Kod pocztowy i miejscowość					
			<b>Номер будинку / квартири</b>			<b>Поштовий індекс та місто</b>					
8. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)		<b>Номер телефону</b>									
9. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)											
10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> )											
10A. Imię <b>Ім'я</b>		10B. Nazwisko <b>Прізвище</b>			10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) <b>Номер телефону</b>						
Adres miejsca zamieszkania <b>Адреса місця проживання</b>											
10D. Ulica <b>Вулиця</b>			10E. Numer domu/mieszkania			10F. Kod pocztowy i miejscowość					
			<b>Номер будинку / квартири</b>			<b>Поштовий індекс та місто</b>					
10G. Imię <b>Ім'я</b>		10H. Nazwisko <b>Прізвище</b>			10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) <b>Номер телефону</b>						
Adres miejsca zamieszkania											
10J. Ulica <b>Вулиця</b>			10K. Numer domu/mieszkania			10L. Kod pocztowy i miejscowość					
			<b>Номер будинку / квартири</b>			<b>Поштовий індекс та місто</b>					
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej <sup>2)</sup>					12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia						

НОМЕР PESEL , А В РАЗІ ЙОГО  
ВІДСУТНОСТІ, НОМЕР ДОКУМЕНТА,  
ЩО ПОСВІДЧУЄ ОСОБУ

ДАНІ ПРО ЗАКОННОГО ОПІКУНА  
(У РАЗІ, ЯКЩО ОСОБА Є НЕПОВНОЛІТНЯ,  
АБО ПОВНІСТЮ НЕДІЄЗДАТНА)

НОМЕР КАРТКИ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ,  
АБО НОМЕР, ЩО ПІДТВЕРДЖУЄ ПРАВО НА НАДАННЯ  
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

## II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

13. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. poz. 2217, z późn. zm.) deklaruję wybór:

13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	<b>Назва медичного закладу</b>
13B. Adres siedziby świadczeniodawcy	<b>Адреса медичного закладу</b>

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup> **Цього року роблю вибір**

po raz pierwszy **вперше**     po raz drugi<sup>4)</sup> **вдруге**     po raz kolejny<sup>4)</sup> **Більше як другий**

15. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - o zmiana miejsca zamieszkania
  - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - o 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
  - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

**ДАНИ ПРО МЕДИЧНИЙ ЗАКЛАД**

**Якщо ви вибираєте другий, або наступний раз протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:**

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або лікарем у цьому медичному закладі
- завершення 18 років особи, яка обслуговувалась у лікаря терапевта I або II ступня або педіатра
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

## III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	<b>ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА</b>
---	--

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup> **Цього року роблю вибір**

po raz pierwszy **вперше**     po raz drugi<sup>4)</sup> **вдруге**     po raz kolejny<sup>4)</sup> **Більше як другий**

18. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - o zmiana miejsca zamieszkania
  - o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - o 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
  - o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)  
.....
- inna okoliczność

**ДАНИ ЛІКАРЯ ТЕРАПЕВТА**

**Якщо ви вибираєте другий, або наступний раз протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:**

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або лікарем у цьому медичному закладі
- завершення 18 років особи, яка обслуговувалась у лікаря терапевта I або II ступня або педіатра
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини



**IV. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

19. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>3)</sup>

Imię i nazwisko pielęgniarki  
podstawowej opieki zdrowotnej

**Ім'я та прізвище медсестри**

20. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

**Цього року роблю вибір**

po raz pierwszy **вперше**     po raz drugi<sup>4)</sup> **вдруге**     po raz kolejny<sup>4)</sup> **Більше як другий**

21. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - zmiana miejsca zamieszkania
  - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarzkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
 

.....
- inna okoliczność

**ДАНІ МЕДСЕСТРИ**

**Якщо ви вибираєте другий, або більше як другий протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:**

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або медсестрою у цьому медичному закладі
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

**V. DANE DOTYCZĄCE POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

22. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>3)</sup>

Imię i nazwisko położnej  
podstawowej opieki zdrowotnej

**Ім'я та прізвище акушера**

23. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

**Цього року роблю вибір**

po raz pierwszy **вперше**     po raz drugi<sup>4)</sup> **вдруге**     po raz kolejny<sup>4)</sup> **Більше як другий**

24. W przypadku dokonania wyboru po raz drugi lub kolejny w bieżącym roku, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
  - zmiana miejsca zamieszkania
  - zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
  - z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
 

.....
- inna okoliczność

**ДАНІ АКУШЕРА**

**Якщо ви вибираєте другий, або більше як другий протягом року, ви повинні вказати, яка причина нового вибору:**

- обставина, визначається в статті 9 пункт 5 від 27 жовтня 2017 року про основні медичні послуги
- зміна місця проживання
- припинення медичних послуг медичним закладом або акушером у цьому медичному закладі
- інші причини, що виникли з вини медичного закладу (введіть які)
- інші обставини

(data) **дата**

(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

**(підпис особи, яка обирає медичний заклад та лікаря терапевта)**

(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)