

## Deklaracja wyboru: lekarza/pielęgniarki/położnej podstawowej opieki zdrowotnej\*

**UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami**

<b>I. Dane Ubezpieczonego lub osoby, dla której dokonuje się wyboru:</b>		<b>Kod Oddziału NFZ</b>
<input type="text"/>		<input type="text"/>
(Nazwisko)		(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
(Imię)		(Nr ewidencyjny PESEL)
<input type="text"/>		<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
(Nazwisko rodowe)		(Płeć: M/K) (Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)
Adres stałego zameldowania		
<input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/>
(Ulica)		(Nr domu/mieszkania)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Kod pocztowy)	(Miejscowość)	(Telefon)
<input type="text"/>		
(Nazwa gminy)		
Adres zamieszkania (o ile adres stałego zameldowania jest inny)		
<input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/>
(Ulica)		(Nr domu/mieszkania)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Kod pocztowy)	(Miejscowość)	(Telefon)
<input type="text"/>		
(Nazwa gminy)		

Jestem ubezpieczony z tytułu:

- a) podlegania obowiązkowi ubezpieczenia
- b) objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem
- c) bycia członkiem rodziny osoby podlegającej ubezpieczeniu

  
  

**II. Jest to wybór lekarza/pielęgniarki/położnej dokonywany w roku bieżącym:**

po raz pierwszy  po raz drugi

*Wypełnić w przypadku osoby kształcącej się poza miejscem stałego zamieszkania*

**Deklarację składam w:** miejscu nauki  - rok szkolny/akademicki 200.../200...

Uczeń  Student

**III. Oświadczenie o wyborze**

Zgodnie z art. 114 ust. 1 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2003 roku, deklaruję wybór:

(proszę wpisać nazwisko i imię lekarza/pielęgniarki/położnej - w podstawowej opiece zdrowotnej)\*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Pieczętka świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)	(Pieczętka przychodni - miejsca udzielania świadczeń)

**IV. Deklaruję wybór:**

 -  - 

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis zgłaszającego się lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

**V. Dane osoby ubezpieczonej, zgłaszającej członka rodziny:**

(Nazwisko)

(Imię)

(Nr ewidencyjny PESEL)

 -  - 

(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

\* niepotrzebne skreślić