

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ¹⁾**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY															
1. Imię				2. Nazwisko				3. Nazwisko rodowe							
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						7B. Numer domu/mieszkania				7C. Kod pocztowy i miejscowość					
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 ⁶⁾)															
10A. Imię				10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>															
10D. Ulica						10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość					
10G. Imię				10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>															
10J. Ulica						10K. Numer domu/mieszkania				10L. Kod pocztowy i miejscowość					
11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej ²⁾								12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia							