

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

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 <sup>6)</sup> )												
10A. Imię			10B. Nazwisko				10C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania												
10D. Ulica				10E. Numer domu/mieszkania				10F. Kod pocztowy i miejscowość				
10G. Imię			10H. Nazwisko				10I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)					
Adres miejsca zamieszkania												
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 <sup>2)</sup>							12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia					