

## 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

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

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

po raz kolejny<sup>4)</sup>

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

## 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

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

po raz pierwszy

po raz drugi<sup>4)</sup>

po raz kolejny<sup>4)</sup>

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

.....  
(data)

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

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