

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

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "OSIEDLE UROCZE"
SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej OSIEDLE UROCZE
GABINET PIEŁĘGNIARKI ŚRODOWISKOWO-RODZINNEJ
31-952 Kraków os. Uroczę 2 tel. 12 6442755 wew.32
Nr Um. z NFZ 061/200076 000000006402/01/003/0032
NIP 678-27-28-315, REGON 3570536000022

14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

PO RAZ PIERWSZY

PO RAZ DRUGI⁴⁾

PO RAZ KOLEJNY⁴⁾

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

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:

Imię i nazwisko Pielęgniarki
podstawowej opieki zdrowotnej

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:³⁾

PO RAZ PIERWSZY

PO RAZ DRUGI⁴⁾

PO RAZ KOLEJNY⁴⁾

- 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

.....
(data)

.....
(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna ustawowego)