

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

| I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--------------|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 1. Imię | | | | | | 2. Nazwisko | | | | | | |
| 3. Data urodzenia | | | | | | 4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość | | | | | | |
| <div style="text-align: center;"> _ _ - _ - _ _ _ _ dzień – miesiąc – rok </div> | | | | | | | | | | | | |
| 5. Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | |
| 5A. Ulica | | | | | | 5B. Numer domu / mieszkania | | | 5C. Kod pocztowy i miejscowość | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | | | | | | | | | | |
| 7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe) | | | | | | | | | | | | |
| 8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona ¹⁾) | | | | | | | | | | | | |
| 8A. Imię | | | 8B. Nazwisko | | | | | | 8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | |
| 8D. Ulica | | | | | | 8E. Numer domu/mieszkania | | | 8F. Kod pocztowy i miejscowość | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 8G. Imię | | | 8H. Nazwisko | | | | | | 8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe) | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Adres miejsca zamieszkania | | | | | | | | | | | | |
| 8J. Ulica | | | | | | 8K. Numer domu/mieszkania | | | 8L. Kod pocztowy i miejscowość | | | |
| | | | | | | | | | | | | |