



### III. Deklaracja wyboru LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruje wybór:

G R Z E G O R Z T O M A S I K

(imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3</sup> po raz pierwszy  po raz drugi  po raz kolejny

3. Deklarację składam w: <sup>3</sup> miejscu pełnienia służby  Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO) <sup>4</sup>

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

### IV. Deklaracja wyboru PIEŁĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruje wybór:

E L Ż B I E T A F A B I A N

(imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3</sup> po raz pierwszy  po raz drugi  po raz kolejny

3. Deklarację składam w: <sup>3</sup> miejscu pełnienia służby  Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy (POO) <sup>4</sup>

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

### V. Deklaracja wyboru POŁOŻNEJ PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Na podstawie art. 28 ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), deklaruje wybór:

A N E T A S O B I E R A J S K A

(proszę wpisać nazwisko i imię położnej podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: <sup>3</sup> po raz pierwszy  po raz drugi  po raz kolejny

\_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

(Data: dzień-miesiąc-rok)

(Podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)

(Podpis osoby przyjmującej deklarację)

(Pieczęć świadczeniodawcy z sygnaturą umowy z NFZ)

(Pieczęć firmowa świadczeniodawcy - miejsca udzielania świadczeń)

#### Objaśnienia:

<sup>1</sup> niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> wypełnić w przypadku gdy dane osobowe wyszczególnione w CZĘŚCI I.1 są inne niż dane wymagane w CZĘŚCI I.2

<sup>3</sup> właściwe zakreślić znakiem „X”

<sup>4</sup> Powszechny Obowiązek Obrony