

**Deklaracja wyboru  
świadczeniodawcy realizującego Kompleksową Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną  
nad Pacjentem z .....** \*

\* wpisać nazwę schorzenia, którego dotyczy objęcie opieką

**UWAGA:** Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami

**I. Dane osobowe**

<b>1. Dane osoby dokonującej wyboru (świadczeniobiorca)</b>		<b>Kod Oddziału NFZ<sup>2</sup></b>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub Poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń zdrowotnych z ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej )</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nazwisko)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Imię)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nr ewidencyjny PESEL)</div>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nazwisko rodowe)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Płeć: M/K)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)</div>
<b>Adres zamieszkania</b>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Ulica)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nr domu/mieszkania)</div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Kod pocztowy)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Miejscowość)</div>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nazwa gminy)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Telefon)</div>
<b>Adres do korespondencji (o ile adres zamieszkania jest inny)</b>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Ulica)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nr domu/mieszkania)</div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Kod pocztowy)</div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Miejscowość)</div>	
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nazwa gminy)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Telefon)</div>
<b>2. Dane osoby dokonującej wyboru reprezentującej świadczeniobiorcę:<sup>1</sup></b>		
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nazwisko)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Imię)</div>
<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Nr ewidencyjny PESEL)</div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="text-align: center; font-size: small;">(Data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)</div>

**II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:**

1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuje się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.
2. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o tym, że moje dane osobowe zbierane przez ..... oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w ..... przy ul. .... są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy o świadczeniach a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

CZĘŚĆ I. 2. Wyboru w imieniu świadczeniobiorcy dokonują osoby pełnoletnie będące opiekunami/ prawnymi opiekunami niepełnoletnich dzieci, bądź innych osób, dla których ustanowiony został opiekun.