

**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

1. Dane osoby dokonującej wyboru (świadczeniobiorca)		Kod Oddziału NFZ²
<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>
Adres zamieszkania		
<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>
Adres do korespondencji (o ile adres zamieszkania jest inny)		
<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>
2. Dane osoby dokonującej wyboru reprezentującej świadczeniobiorcę:¹		
<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.