

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ  
Z ZAKRESU PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ<sup>1)</sup>**

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY												
<b>1. Imię</b>			<b>2. Nazwisko</b>				<b>3. Nazwisko rodowe</b>					
<b>4. Data urodzenia</b>			<b>5. Płeć</b>		<b>6. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość</b>							
____-____-____ dzień — miesiąc — rok			M/K									
<b>7. Adres miejsca zamieszkania</b>												
<i>7A. Ulica</i>				<i>7B. Numer domu/mieszkania</i>				<i>7C. Kod pocztowy i miejscowość</i>				
<b>8. Numer telefonu</b> (pole nieobowiązkowe)												
<b>9. Adres e-mail</b> (pole nieobowiązkowe)												
<b>10. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego</b> (w przypadku, gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>6)</sup> )												
<i>10A. Imię</i>		<i>10B. Nazwisko</i>				<i>10C. Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<i>10D. Ulica</i>				<i>10E. Numer domu/mieszkania</i>				<i>10F. Kod pocztowy i miejscowość</i>				
<i>10G. Imię</i>		<i>10H. Nazwisko</i>				<i>10I. Numer telefonu</i> (pole nieobowiązkowe)						
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
<i>10J. Ulica</i>				<i>10K. Numer domu/mieszkania</i>				<i>10L. Kod pocztowy i miejscowość</i>				
<b>11. Numer karty ubezpieczenia zdrowotnego albo numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej<sup>2)</sup></b>						<b>12. Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia</b>						
II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY												
<b>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:</b>												
<i>13A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy</i>				<b>CENTRUM MEDYCZNE AGMED</b>								
<i>13B. Adres siedziby świadczeniodawcy</i>				ul. Grafitowa 4, 72-006 Mierzyn								
<b>14. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup></b>												
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy				<input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup>				<input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup>				

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 LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

16. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>5)</sup>

Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	<b>JOANNA MOKRZYCKA</b>
--	-------------------------

17. W bieżącym roku dokonuję wyboru:<sup>3)</sup>

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> po raz pierwszy | <input type="checkbox"/> po raz drugi <sup>4)</sup> | <input type="checkbox"/> po raz kolejny <sup>4)</sup> |
|--|---|---|

18. 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

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)

.....  
(podpis osoby przyjmującej deklarację wyboru)

**OBSZAR:**

1) Świadczeniobiorca wypełnia deklarację wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w przypadku gdy dokonuje wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ u różnych świadczeniodawców, albo będących świadczeniodawcami. Nie wypełnia jej w przypadku, gdy udzielają oni świadczeń u tego samego świadczeniodawcy.  
2) Jeżeli świadczeniobiorcy została wydana karta ubezpieczenia zdrowotnego, a w przypadku osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji w rozumieniu art. 5 pkt 23 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w rozumieniu art. 52 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.  
3) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej lub położnej podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszą opłatę w wysokości 80 zł. Świadczeniobiorca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (art. 9 ust. 4 i 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).  
4) W przypadku wyboru drugiego i kolejnego należy podać informację, czy powodem dokonania wyboru jest okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej, tzn. zmiana miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy lub zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy lub zmiana lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy świadczeniobiorca, którego lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, osiągnął 18. rok życia, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.  
5) Świadczeniobiorca może wybrać lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej u tego samego świadczeniodawcy, u różnych świadczeniodawców albo będących świadczeniodawcami (art. 9 ust. 3 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).  
6) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu przez nie pełnoletności zachowują ważność, z wyjątkiem sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii.

**KLAUZULA INFORMACYJNA**

Zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (Dz. Urz. UE L 119 poz. 1 z 04.05.2016 r.) informuję, iż:  
1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Centrum Medyczne Agmed z siedzibą w Mierzynie przy ul. Graftowej 4, NIP 8521405399, REGON 812629301 (zwany dalej Administratorem), reprezentowany przez Agnieszkę Jaworowską właścicielką Przychodni;  
2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować pisemnie za pomocą poczty tradycyjnej na adres: Centrum Medyczne Agmed, 72-006 Mierzyn, ul. Graftowa 4 lub e-mail: [inspektordokbb@gmail.com](mailto:inspektordokbb@gmail.com);  
3) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu świadczenia usług medycznych - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. H ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;  
4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione na podstawie przepisów prawa do uzyskania danych osobowych i danych wrażliwych (o stanie zdrowia, rozpoznaniu lub leczeniu) (Narodowy Fundusz Zdrowia, Powiatowy Państwowy Inspektor Sanitarny, osoby wykonujące zawody medyczne) oraz laboratoria, pracownie diagnostyczne, podmioty lecznicze, przedsiębiorstwa transportu sanitarnego, z którymi administrator posiada podpisane umowy podwykonawstwa świadczonych usług medycznych;  
5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres 20 lat;  
6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;  
7) posiada Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych, na tryb i sposób przetwarzania danych osobowych przez administratora, jeśli uzna Pani/ Pan za uzasadnione, że Pani/ Pana dane osobowe są przetwarzane niezgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r., na adres: ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, e-mail: [kancelaria@puodo.gov.pl](mailto:kancelaria@puodo.gov.pl);  
8) podanie danych osobowych jest obligatoryjne i wynika z przepisów prawa tj. m.in. ustawy o działalności leczniczej, ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, a odmowa podania danych osobowych będzie skutkowała możliwością odstąpienia lub powstrzymania się od udzielenia świadczeń zdrowotnych, chyba, że inne przepisy stanowią inaczej;  
9) administrator nie będzie przekazywał Pani/ Pana danych osobowych odbiorcom w państwach trzecich oraz organizacjom międzynarodowym;  
10) administrator nie podejmuje czynności związanych ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, w tym o profilowaniu.