

d

III. Deklaracja wyboru LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ⁴

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 późno zm.), deklaruje wybór:

_____ (imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: 5 po raz pierwszy **D** po raz drugi **D** po raz kolejny **D**

3. Deklarację składam ⁵ _____ miejscu pełnienia **11** Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy _____
w: _____ służby _____ (POO) ⁶ _____

W - W - ! ! ! ! !

(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 ⁴

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 późno zm.), deklaruje wybór:

_____ (imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: 5 po raz pierwszy **D** po raz drugi **D** po raz kolejny **D**

3. Deklarację składam ⁵ _____ miejscu pełnienia **11** Żołnierz Służby Zasadniczej - poborowy _____
w: _____ służby _____ (POO) ⁶ _____

W - W - ! ! ! ! !

(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 ⁴

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 późno zm.), deklaruje wybór:

_____ (proszę wpisać nazwisko i imię nPodstawOwej opieki Zdr,_n)

2. W bieżącym roku dokonuję wyboru: 5 po raz pierwszy po raz drugi _____ po raz kolejny _____

W - W - ! ! ! ! !

(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:

1 niepotrzebne skreślić

2 określając kod OW NFZ - należy podać kod Oddziału właściwego ze względu na siedzibę świadczeniodawcy

3 wypełnić w przypadku gdy dane osobowe wyszczególnione w CZĘŚCI LI są inne niż dane wymagane w CZĘŚCI 1.2 ⁴ wypełnić w przypadku dokonania wyboru.

5 właściwe zakreślić znakiem "X"

6 Powszechny Obowiązek Obrony