

**DEKLARACJA WYBORU ŚWIADCZENIODAWCY UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU  
PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ORAZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

<b>I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY</b>															
1. Imię						2. Nazwisko									
3. Data urodzenia						4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość									
<div style="text-align: center;">           _ _ - _ _ - _ _ _ _            dzień - miesiąc - rok         </div>															
5. Adres miejsca zamieszkania															
5A. Ulica				5B. Numer domu / mieszkania				5C. Kod pocztowy i miejscowość							
6. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)															
7. Adres e-mail (pole nieobowiązkowe)															
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup> )															
8A. Imię				8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)							
Adres miejsca zamieszkania															
8D. Ulica				8E. Numer domu / mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość							
8G. Imię															
8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)											
Adres miejsca zamieszkania															
8J. Ulica				8K. Numer domu / mieszkania				8L. Kod pocztowy i miejscowość							
<b>II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY</b>															
9. Na podstawie art. 9 ust. 1 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 172) deklaruję wybór:															
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy			PRZYCHODNIE FABIAN SPÓŁKA JAWNA												
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy			UL. BŁ. WINCENTEGO KADŁUBKA 10-11, 71-521 SZCZECIN												
9C. Miejsce udzielania świadczeń			<input type="checkbox"/> PRZYCHODNIA KADŁUBKA UL. BŁ. WINCENTEGO KADŁUBKA 10-11, 71-521 SZCZECIN <input type="checkbox"/> PRZYCHODNIA CHOPINA UL. FRYDERYKA CHOPINA 20/LU, 71-450 SZCZECIN <input type="checkbox"/> PRZYCHODNIA PRZEPIÓRKI UL. PRZEPIÓRKI 1/LU1-LU2, 71-779 SZCZECIN												
10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru: <sup>2)</sup>															
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi						<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>									

<b>11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</b>	
<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność	
<b>III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ</b>	
<b>12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:<sup>4)</sup></b>	
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	
<b>13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:<sup>2)</sup></b>	
<input type="checkbox"/> po raz pierwszy lub po raz drugi	<input type="checkbox"/> po raz trzeci i kolejny <sup>3)</sup>
<b>14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:</b>	
<input type="checkbox"/> okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej: <ul style="list-style-type: none"> <li>zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="radio"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="radio"/> 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</li> <li><input type="radio"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich) <p>.....</p> </li> </ul> <input type="checkbox"/> inna okoliczność	
..... (data)	..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup>

**OBJAŚNIENIA:**

- 1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez nie pełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a w sytuacji gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii, deklaracje zachowują ważność w zakresie wyboru świadczeniodawcy do czasu wyboru innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub wyboru nowego świadczeniodawcy (art. 6 ust. 3 oraz art. 10 ust. 7 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej).
- 2) Świadczeniobiorca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi 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 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).
- 3) W przypadku wyboru trzeciego 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 u wybranego świadczeniodawcy lub zmianę 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.
- 4) 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).
- 5) Wypełnia się w przypadku deklaracji składanej w postaci papierowej lub postaci elektronicznej, o których mowa w art. 10 ust. 1 pkt 1 albo 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej.

**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 Przychodnie Fabian Spółka Jawna z siedzibą w Szczecinie przy ul. bł. Wincentego Kadłubka 10-11, NIP 8513144323, REGON 320981898, reprezentowana przez dr n. med. Wiesław Fabian – Dyrektora Przychodni;
- 2) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych Osobowych, z którym można się skontaktować pisemnie za pomocą poczty tradycyjnej na adres: Przychodnie Fabian Spółka Jawna ul. bł. Wincentego Kadłubka 10-11, 71-521 Szczecin lub e-mail: IODO@przychodnie-fabian.pl;
- 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 Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO), ul. Stawki 2 00-193 Warszawa, tel. 22 531 03 00, fax. 22 531 03 01, e-mail: 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 dentysty, 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.

.....  
(data)

.....  
(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)