

**ДЕКЛАРАЦІЯ ПРО ВИБІР НАДАВАЧА ОСНОВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА
МЕДСЕСТРИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**

I. ДАНІ ЩОДО ОТРИМУВАЧА ПОСЛУГ												
1. Ім'я						2. Прізвище						
3. Дата народження			4. Номер PESEL, а за відсутності такого номера – серія та номер документу, що підтверджує Вашу особу									
<div style="text-align: center;"> _ _ - _ - _ день-місяць-рік </div>												
5. Адреса місця проживання												
5A. Вулиця				5B. Номер дому/квартири				5C. Поштовий індекс і місто				
6. Номер телефону (необов'язкове поле)												
7. Адреса електронної пошти (необов'язкове поле)												
8. Дані щодо законного представника (якщо отримувач медичних послуг є неповнолітнім або повністю недієздатною особою¹⁾)												
8A. Ім'я			8B. Прізвище				8C. Номер телефону (необов'язкове поле)					
<i>Адреса місця проживання</i>												
8D. Вулиця				8E. Номер дому/квартири				8F. Поштовий індекс і місто				
8G. Ім'я			8H. Прізвище				8I. Номер телефону (необов'язкове поле)					
<i>Адреса місця проживання</i>												
8J. Вулиця				8K. Номер дому/квартири				8L. Поштовий індекс і місто				
II. ДАНІ ЩОДО НАДАВАЧА ПОСЛУГ												
9. Відповідно до ст. 9 сек. 1 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медичну допомогу здоров'я (Dziennik Ustaw від 2020 р., ст.172), оголошую вибір:												
9A. Назва (фірма), що надає послуги			DIMEDIC Polska TOB									
9B. Адреса штаб-квартири надавача послуг			вул. Pojezierska 90A ,91-341 Лодзь									
10. У поточному календарному році я роблю вибір:²⁾												
вперше чи вдруге						в третій і наступний раз ³⁾						
11. При виборі для третього або наступного разу в поточному календарному році вкажіть, чи причиною вибору є:												
обставина, зазначена у ст. 9 сек. 5 Закону від 27 жовтня 2017 року «Про первинну медико-санітарну допомогу»:												

<input type="radio"/> зміна місця проживання <input type="radio"/> припинення надання медичних послуг обраним надавачем медичних послуг, лікарем первинної медичної допомоги у обраного надавача медичних послуг <input type="radio"/> з інших причин з боку надавача послуг (будь ласка, уточніть) інша обставина	
III. ДАНІ ЩОДО МЕДСЕСТРИ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	
12. На підставі ст. 9 сек. 2 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу оголошую свій вибір: ⁴⁾	
<i>Ім'я та прізвище медсестри первинної медичної допомоги</i>	
13. У поточному календарному році я роблю вибір:²⁾	
вперше чи вдруге	в третій і наступний раз ³⁾
14. При виборі для третього або наступного разу в поточному календарному році вкажіть, чи причиною вибору є:	
обставина, зазначена у ст. 9 сек. 5 Закону від 27 жовтня 2017 року «Про первинну медико-санітарну допомогу»: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> зміна місця проживання <input type="radio"/> припинення надання медичних послуг обраним надавачем медичних послуг, лікарем первинної медичної допомоги у обраного надавача медичних послуг <input type="radio"/> з інших причин з боку надавача послуг (будь ласка, уточніть) інша обставина	
(дата) (підпис отримувача послуги або законного представника) ⁵⁾

ПОЯСНЕННЯ:

- 1) Заяви, зроблені законними представниками від імені неповнолітніх після досягнення ними повноліття, залишаються дійсними до вибору нової медсестри первинної медичної допомоги.
- 2) Отримувач медичних послуг має право на безкоштовний вибір надавача медичних послуг або медсестри первинної медичної допомоги, не більше двох разів на календарний рік, а за кожен наступну зміну він сплачуватиме 80 злотих. Отримувач не вносить додаткової оплати у разі зміни свого місця проживання або припинення надання медичних послуг обраним надавачем медичних послуг, медсестрою первинної медичної допомоги у вибраного надавача медичних послуг, або з інших причин з боку надавача медичних послуг (частини 4 і 5 статті 9 Закону про первинну медико-санітарну допомогу від 27 жовтня 2017 року).
- 3) У разі здійснення третього та наступного вибору, будь ласка, надайте інформацію, чи причиною вибору є обставина, зазначена у ст. 9 сек. 5 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу, тобто зміна місця проживання отримувача медичних послуг або припинення надання тих послуг обраним надавачем, або медсестрою первинної медичної допомоги у вибраного надавача медичних послуг, або з інших причин що виникають з боку надавача послуг.
- 4) Отримувач може обрати лікаря первинної медико-санітарної допомоги, медичну сестру первинної медичної допомоги або акушерку первинної медичної допомоги у того самого надавача послуг, у різних надавачів послуг або у тих, хто такі послуги надає (стаття 9 (3)

Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу).

- 5) Заповнюється у разі подання декларації в паперовій або електронній формі, що зазначено у ст. 10 сек. 1 пункту 1 або 2 Закону від 27 жовтня 2017 року про первинну медико-санітарну допомогу.