DEKLARACJA WYBORU
świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami

UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami.

I. Dane osobowe

1. Dane osoby dokonującej wyboru (świadczeniobiorcy):

Kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia[1)]

(numer karty ubezpieczenia zdrowotnego lub poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej)[2)]

(nazwisko)

(imiona)

(numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)

(płeć: M/K)

(data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

Adres zamieszkania:

(ulica)

(nr domu/mieszkania)

(kod pocztowy)

(miejscowość)

(nazwa gminy)

(telefon)

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

(ulica)

(nr domu/mieszkania)

(kod pocztowy)

(miejscowość)

(nazwa gminy)

(telefon)

2. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego:[3), 4)]

(nazwisko)

(imię)

(numer PESEL, a w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość)

(data urodzenia: dzień-miesiąc-rok)

Objaśnienia:

1) Wypełnić w przypadku dokonania wyboru. Określając kod oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, należy podać kod oddziału wojewódzkiego właściwego ze względu na siedzibę świadczeniodawcy (01 – Dolnośląski, 02 – Kujawsko-Pomorski, 03 – Lubelski, 04 – Lubuski, 05 – Łódzki, 06 – Małopolski, 07 – Mazowiecki, 08 – Opolski, 09 – Podkarpacki, 10 – Podlaski, 11 – Pomorski, 12 – Śląski, 13 – Świętokrzyski, 14 – Warmińsko-Mazurski, 15 – Wielkopolski, 16 – Zachodniopomorski).

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 2024 r. poz. 146) – 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) Wyboru w imieniu osób niepełnoletnich bądź innych osób, dla których ustanowiony został opiekun, dokonują osoby pełnoletnie będące ich przedstawicielami ustawowymi.

4) Wypełnić w przypadku, gdy dane są inne niż wyszczególnione w części 1.

II. Oświadczenia osoby wypełniającej deklarację:

1. Oświadczam, że wszystkie dane osobowe zawarte w I części deklaracji są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym oraz zobowiązuję się do niezwłocznego informowania świadczeniodawcy o zmianie tych danych.

2. Oświadczam, że zostałam(-łem) poinformowana(-ny) 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, 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.

.....	.....	.....
(data: dzień-miesiąc-rok)	(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)	(podpis osoby przyjmującej deklarację)

III. Deklaracja wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami

1. Deklaruję wybór:

(świadczeniodawca realizujący program pilotażowy)

2. Jest to wybór świadczeniodawcy dokonywany w roku bieżącym:[5)] po raz pierwszy ☐ po raz kolejny ☐

.....	.....	.....
(data: dzień-miesiąc-rok)	(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)	(podpis osoby przyjmującej deklarację)

.....

(pieczątka, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego zawierająca nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny umowy)

Objaśnienie:

5) Właściwe zakreślić znakiem „x”.

IV. Rezygnuję z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami.

.....	.....	.....
(data: dzień-miesiąc-rok)	(podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego)	(podpis osoby przyjmującej deklarację)

..... (pieczątka, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego zawierająca nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny umowy)	..... (pieczątka, nadruk lub naklejka miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawierająca nazwę, adres oraz numer identyfikacyjny umowy)

POUCZENIE

Informacja dla wypełniającego deklarację

1. Możliwe jest wybranie tylko jednego świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami.
2. Złożenie deklaracji wyboru do kolejnego ośrodka koordynującego realizującego program pilotażowy unieważnia poprzedni wybór.