

DEKLARACJA WYBORU świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR		
UWAGA: Deklarację należy wypełniać czytelnie, drukowanymi literami.		
I. Dane osobowe		
1. Dane 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 opiekuna prawnego:³⁾ (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, 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 2022 r. poz. 2561, 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) 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 Narodowy Fundusz Zdrowia są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, oraz o obowiązku podania danych, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia do nich poprawek, a także 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 kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR, zwany „programem pilotażowym”.

Deklaruję wybór:

[illegible]

(nazwa świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy)

.....

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

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

IV. Rezygnuję z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy

.....
(data: dzień-miesiąc-rok)

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

.....
(podpis osoby przyjmującej deklarację)

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

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka miejsca udzielania
świadczeń opieki zdrowotnej zawierająca: nazwę, adres
oraz numer identyfikacyjny umowy)

POUCZENIE

Informacja dla wypełniającego deklarację

Możliwe jest wybranie tylko jednego świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy