

I. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIOBIORCY															
1. Imię								2. Nazwisko							
3. Data urodzenia						4. Numer PESEL, a w przypadku jego braku seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość									
-- -- -- -- -- dzień — miesiąc — rok															
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 ¹⁾)															
8A. Imię			8B. Nazwisko						8C. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
Adres miejsca zamieszkania															
8D. Ulica						8E. Numer domu/mieszkania					8F. Kod pocztowy i miejscowość				
Adres miejsca zamieszkania															
8G. Imię			8H. Nazwisko						8I. Numer telefonu (pole nieobowiązkowe)						
Adres miejsca zamieszkania															
8J. Ulica						8K. Numer domu/mieszkania					8L. Kod pocztowy i miejscowość				

II. DANE DOTYCZĄCE ŚWIADCZENIODAWCY

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	NZOZ Multi Cordis
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Powstańców Wlkp. 66/68 70-111 Szczecin

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ po raz trzeci i kolejny ³⁾
---	--

11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- ☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
 - ☐ zmiana miejsca zamieszkania
 - ☐ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - ☐ 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
 - ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- ☐ inna okoliczność

III. DANE DOTYCZĄCE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruję wybór:⁴⁾

Imię i nazwisko
lekarza podstawowej
opieki zdrowotnej

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

☐ po raz pierwszy lub po raz drugi	☐ po raz trzeci i kolejny ³⁾
---	--

14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym, należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:

- ☐ okoliczność określona w art. 9 ust. 5 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej:
 - ☐ zmiana miejsca zamieszkania
 - ☐ zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy
 - ☐ 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
 - ☐ z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)
.....
- ☐ inna okoliczność

.....
(data)

.....
(podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego)⁵⁾

OBJAŚNIENIA:

- ¹⁾ Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po osiągnięciu 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, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszą 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 zmiana 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 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich informacji oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych (Dz.Urz. UE L 119 poz. 1 z 04.05.2006r.) informuję, iż:

- 1) Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest NZOZ Multi Cordis Lekarze i Stażyszczak-Ozga spółka partnerska z siedzibą w Szczecinie przy ul. Powstańców Wlkp. 66/68 NIP 9552079636, regon 812576454, reprezentowana przez lek. Danutę Stażyszczak-Ozga – Kierownika Przychodni;
- 2) Administrator wyznaczył Inspektora Danych Osobowych, z którym można skontaktować się pisemnie za pomocą poczty tradycyjnej na adres: NZOZ Multi Cordis ul. Powstańców Wlkp. 66/68 70-111 Szczecin lub e-mail: IOODO@gmail.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 27.04.2016r. oraz na podstawie art. 9 ust. 2 lit. h ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016r.;
- 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 będą przechowywane przez okres 20 lat;
- 6) Posiada pani/pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczania 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 27.04.2016r. 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 zawodzie lekarza i lekarza dentyisty, a odmowa podania danych osobowych będzie skutkowała możliwością odstąpienia lub powstrzymania się od udzielania 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 podejmie czynności związanych ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji wobec danych osobowych, w tym o profilowaniu.

.....
(data)

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