

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

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 <i>(pole nieobowiązkowe)</i>											
7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>											
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego <i>(w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona<sup>1)</sup>)</i>											
8A. Imię				8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>			
Adres miejsca zamieszkania											
8D. Ulica				8E. Numer domu / mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość			
8G. Imię				8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>			
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) deklaruje wybór:	
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	<b>New Line Clinics Sp. z o.o.</b>
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	<b>ul. Wyszyńskiego 1, 10-457 Olsztyn</b>
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>
11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:	
<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="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul>	
.....	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
III. DANE DOTYCZĄCE PIELĘGNIARKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	
12. Na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej deklaruje wybór: <sup>4)</sup>	
Imię i nazwisko pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	<b>Jolanta Chodźko</b>
13. 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>
14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:	
<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="checkbox"/> zmiana miejsca zamieszkania</li> <li><input type="checkbox"/> zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li> <li><input type="checkbox"/> z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li> </ul>	
.....	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
<b>1.02.2023</b>	
..... (data)	..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup>

**DEKLARACJA WYBORU  
PRZYCHODNI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NFZ**



**KOMPLEKSOWA OBSŁUGA MEDYCZNA  
W TWOIM DOMU  
7 DNI W TYGODNIU**

**Zapraszamy chętnych do składania  
deklaracji przystąpienia do nowo otwieranej  
Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej  
(POZ) do lekarza rodzinnego  
i pielęgniarki rodzinnej.**

Wypełnioną i podpisaną deklarację prosimy złożyć w siedzibie przychodni, lub przesać na adres przychodni:  
New Line Clinics Sp. z o.o., ul. Wyszyńskiego 1, 10-457 Olsztyn.

Deklarację można pobrać osobiście w siedzibie przychodni lub ze strony [www.newlineclinics.com](http://www.newlineclinics.com).

**Otwarcie POZ 1.02.2023 - ZAPISZ SIĘ!**

- **Pediatrya**
- **Medycyna rodzinna**
- **Otoralngologia • USG**
- **Badanie diagnostyczne w domu pacjenta (CRP, badanie ogólne moczu)**
- **Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych również w domu pacjenta (wymazy, krew, moczu, kał)**
- **Usługi pielęgniarskie (m.in. zastrzyki, zmiany opatrunków, kroplówka)**

**ZADZWOŃ:  
789 345 793  
PRZYJEDZIEMY I ZAOPIEKUJEMY SIĘ  
TOBĄ I TWOJĄ RODZINĄ**

Dla naszych pacjentów zapewniamy kącik dla dzieci, kawę, herbatę i wodę.

Więcej informacji na stronie internetowej [www.newlineclinics.com](http://www.newlineclinics.com) lub w przychodni przy ul. **Wyszyńskiego 1, 10-457 Olsztyn**

**ulotka informacyjna**

### Objaśnienia do deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez niepełnoletności 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) Świadczenioborca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszącej opłatę w wysokości 80 zł. Świadczenioborca 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 świadczenioborca, 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 świadczenioborca, 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) Świadczenioborca 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

### Objaśnienia do deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

1) Deklaracje złożone przez przedstawicieli ustawowych w imieniu osób małoletnich po uzyskaniu przez niepełnoletności zachowują ważność do czasu wyboru nowej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej.

2) Świadczenioborca ma prawo bezpłatnego wyboru świadczeniodawcy lub pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnoszącej opłatę w wysokości 80 zł. Świadczenioborca nie ponosi opłaty w przypadku zmiany swojego miejsca zamieszkania lub w przypadku zaprzestania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, 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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy, lub z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy.

4) Świadczenioborca 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

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

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 <i>(pole nieobowiązkowe)</i>												
7. Adres e-mail <i>(pole nieobowiązkowe)</i>												
8. Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego <i>(w przypadku gdy świadczenioborcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona <sup>1)</sup>)</i>												
8A. Imię			8B. Nazwisko				8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>					
Adres miejsca zamieszkania												
8D. Ulica				8E. Numer domu / mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość				
8G. Imię			8H. Nazwisko				8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>					
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) deklaruje wybór:	
9A. Nazwa (firma) świadczeniodawcy	New Line Clinics Sp. z o.o.
9B. Adres siedziby świadczeniodawcy	ul. Wyszyńskiego 1, 10-457 Olsztyn
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>
11. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:	
<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>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>o osiągnięcie 18. roku życia przez świadczenioborcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li></ul> .....	
<input type="checkbox"/> 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 deklaruje wybór: <sup>4)</sup>	
Imię i nazwisko lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	Maja Taradynko
13. 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>
14. W przypadku dokonania wyboru po raz trzeci lub kolejny w bieżącym roku kalendarzowym należy wskazać, czy powodem dokonania wyboru jest:	
<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>o zmiana miejsca zamieszkania</li><li>o zaprzestanie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez wybranego świadczeniodawcę, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej u wybranego świadczeniodawcy</li><li>o osiągnięcie 18. roku życia przez świadczenioborcę, gdy lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest lekarz posiadający specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii</li><li>o z innych przyczyn powstałych po stronie świadczeniodawcy (podać jakich)</li></ul> .....	
<input type="checkbox"/> inna okoliczność	
1.02.2023 (data)	..... (podpis świadczeniobiorcy lub przedstawiciela ustawowego) <sup>5)</sup>