

**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 (w przypadku gdy świadczeniobiorcą jest osoba małoletnia lub całkowicie ubezwłasnowolniona¹⁾)												
8A. Imię			8B. Nazwisko					8C. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
8D. Ulica					8E. Numer domu/mieszkania				8F. Kod pocztowy i miejscowość			
8G. Imię			8H. Nazwisko					8I. Numer telefonu <i>(pole nieobowiązkowe)</i>				
<i>Adres miejsca zamieszkania</i>												
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)
świadczyciel

Doc4You Sp. z o.o.

9B. Adres siedziby
świadczyciel

ul. Domaniewska 45/VII, 02-672 Warszawa

Miejsce udzielenia świadczeń: ul. Przechodnia 2, 00-100 Warszawa

10. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny³⁾

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

lek. Sylwia Łuczyńska

13. W bieżącym roku kalendarzowym dokonuję wyboru:²⁾

po raz pierwszy lub po raz drugi

po raz trzeci i kolejny³⁾

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 uzyskaniu 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 lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie częściej niż dwa razy w roku kalendarzowym, a w przypadku każdej kolejnej zmiany wnosi 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.



Czy ktoś znajomy polecił Ci HomeDoctor?

Jeżeli tak, wpisz poniżej kod, który od niego otrzymałaś/otrzymałeś.

Tutaj wpisz numer ID osoby, która poleciła Ci HomeDoctor.

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu zrealizowania usługi zgodnie z Regulaminem serwisu.

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych w celach marketingowych prowadzonych drogą elektroniczną

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez HOME DOCTOR SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Warszawie przy ul. Domaniewskiej 45, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000636394, posiadająca numer identyfikacji podatkowej NIP: 94626627632 zwanym Administratorem moich danych osobowych w postaci adresu poczty elektronicznej w celu przesyłania mi informacji marketingowych dotyczących produktów i usług oferowanych przez Administratora za pomocą środków komunikacji elektronicznej, stosownie do treści przepisu art. 10 ust. 1 i 2 Ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną.

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informujemy, iż: (rozwiń)

- 1) Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Doc4You. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu deklaracji wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz dalszych działań z niej wynikających na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. b ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
- 2) może Pani/Pan skontaktować się z Administratorem pod adresem e-mail kontakt@homedoctor.pl;
- 3) Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, którą pełni Paweł Meller, informatykaMEDYCZNA.pl ul. Twarda 18, 00-105 Warszawa NIP:774-240-93-37. Z Inspektorem Ochrony Danych można skontaktować się pod numerem telefonu: 22 398 70 64 lub adresem e-mail iod@homedoctor.pl;
- 4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa a współpracujące z Administratorem na podstawie odrębnych umów m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą w oparciu o uzasadniony interes realizowany przez Administratora do czasu wycofania zgody na ich przetwarzanie;
- 6) Administrator przetwarzający następujące zwykłe dane osobowe: imię, nazwisko, data urodzenia, PESEL, adres zamieszkania, numer telefonu, adres e-mail;
- 7) posiada Pani/Pan prawo do żądania od Administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania;
- 8) Pani/Pana dane osobowe nie będą podlegać zautomatyzowanemu procesowi podejmowania decyzji, w tym profilowaniu, czyli działaniom bez udziału ludzkiego;
- 9) Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane poza obszarem Europejskiego Obszaru Gospodarczego lub organizacji międzynarodowej;
- 10) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego tj. do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych w Warszawie przy ul. Stawki 2;
- 11) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże odmowa podania danych może skutkować odmową deklaracji wyboru świadczeniodawcy oraz dalszych działań z niej wynikających.

Data, Podpis
