

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
Zdrowia¹⁾

(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
numera 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 2021 r. poz. 1285, 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(-em) 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 przysięgającej deklaracji)

(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