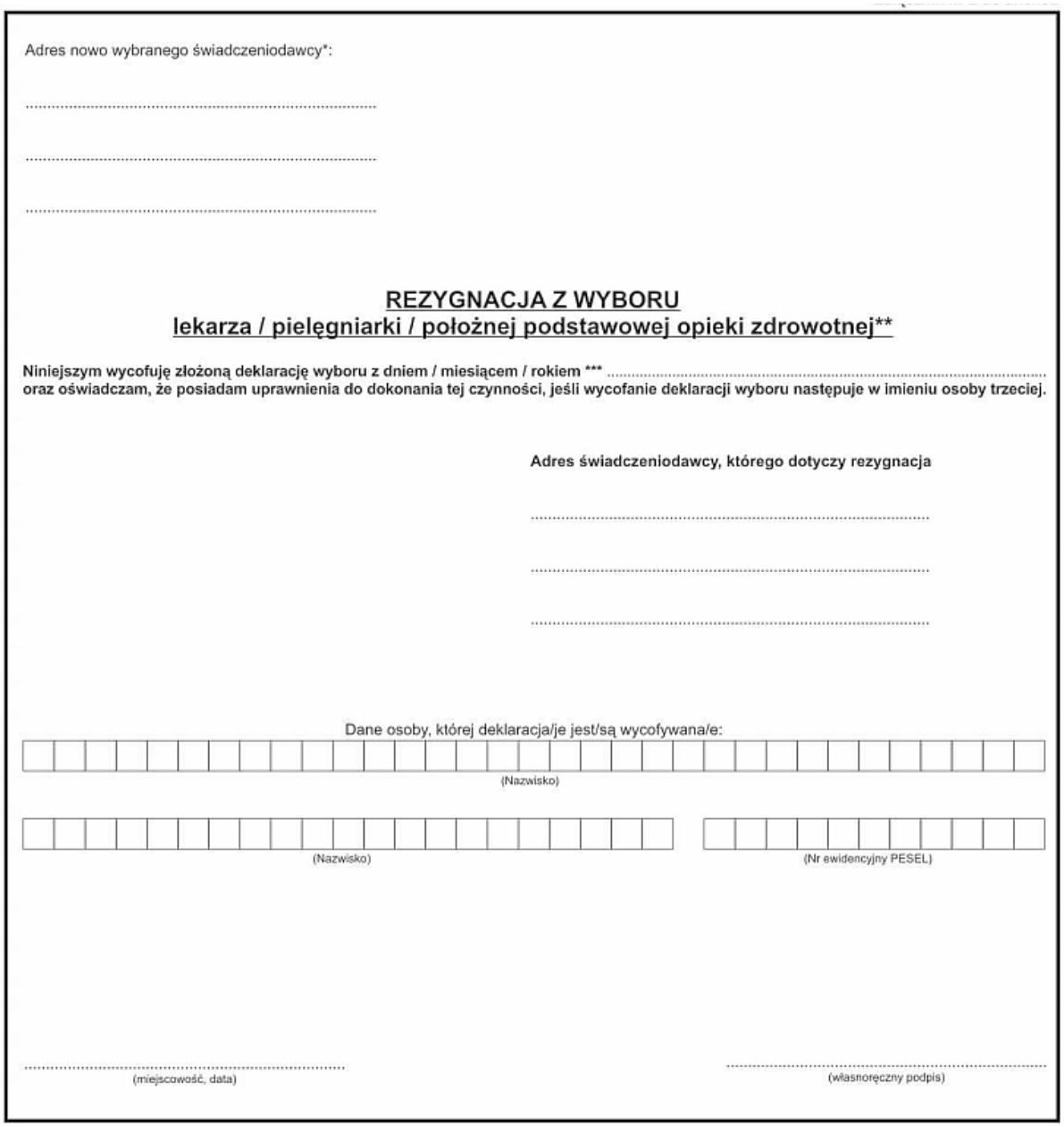

Adres nowo wybranego świadczeniodawcy*:

.....

.....

.....

REZYGNACJA Z WYBORU
lekarza / pielęgniarki / położnej podstawowej opieki zdrowotnej**

Niniejszym wycofuję złożoną deklarację wyboru z dniem / miesiącem / rokiem * .....**
oraz oświadczam, że posiadam uprawnienia do dokonania tej czynności, jeśli wycofanie deklaracji wyboru następuje w imieniu osoby trzeciej.

Adres świadczeniodawcy, którego dotyczy rezygnacja

.....

.....

.....

Dane osoby, której deklaracja/je jest/są wycofywana/e:

(Nazwisko)

(Nazwisko)

(Nr ewidencyjny PESEL)

.....
(miejscowość, data)

.....
(własnoręczny podpis)

proszę o przesłanie *kart zdrowia + kart szczepień* tych osób na nasz adres

WYJAŚNIENIA

* w przypadku niedokonania nowego wyboru proszę skreślić

** właściwe zakreślić (mona zaznaczyć więcej niż jedno, gdy ubezpieczony posiadał więcej deklaracji u danego świadczeniodawcy)

*** data, od której obowiązuje wybór lekarza/pielęgniarki/położnej podstawowej opieki zdrowotnej musi być tożsama z datą rezygnacji z wyboru dotychczasowego lekarza/pielęgniarki/położnej podstawowej opieki zdrowotnej