

Imię i nazwisko nowo wybranego lekarza lub
pielęgniarki lub położnej oraz dane i adres
świadczonodawcy, u którego udzielane będą
świadczenia:

.....
.....
.....

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 (w przypadku wycofania deklaracji wyboru
w imieniu osoby trzeciej).

Imię i nazwisko lekarza lub pielęgniarki lub położnej,
którego/ej dotyczy rezygnacja oraz dane i adres
dotychczasowego świadczonodawcy udzielającego
świadczeń

.....
.....
.....

Dane osoby, której deklaracja jest wycofywana:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Nazwisko)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Imię)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Nr ewidencyjny PESEL)

(miejscowość, data)

(własnoręczny podpis)

Wyjaśnienia:

- * niewłaściwe wykreślić
- ** data, od której obowiązuje wybór lekarza/pielęgniarki/położnej podstawowej opieki zdrowotnej musi być ta sama co data rezygnacji z wyboru dotychczasowego lekarza/pielęgniarki/położnej podstawowej opieki zdrowotnej