

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)

.....

(Imię)

.....

(Nr ewidencyjny PESEL)

.....

(miejscowość, data)

.....

(własnoręczny podpis)

Wyjaśnienia:

* w przypadku niedokonywania nowego wyboru proszę przekreślić

** właściwe zakreślić (można 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