**Załącznik nr 2**











**WZÓR**

|  |
| --- |
| **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  numeru PESEL – seria i numer paszportu albo innego (płeć) (data urodzenia: dzień-miesiąc-rok) dokumentu stwierdzającego tożsamość) **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, (data urodzenia: dzień-miesiąc-rok) które nie mają nadanego numeruPESEL – seria i numer paszportu albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość) |

|  |
| --- |
| **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 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.) – numer poświadczenia potwierdzającegoprawo 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(-łem) poinformowana(-ny) o tym, że moje dane osobowe zbierane przez .................................. oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w ....................................... przy ul. .............................................. są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz 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**1. **Deklaruję wybór:**

(nazwa świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy)1. **Jest to wybór świadczeniodawcy** po raz po raz

**dokonywany w roku bieżącym:4)** pierwszy kolejny............................... .............................................................. ................................................(data: dzień-miesiąc-rok) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) (podpis osoby przyjmującej deklarację) |
| **..............................................................................................**(pieczątka, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego zawierająca nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny umowy) |
| **Objaśnienie:**4) Właściwe zakreślić znakiem „x”. |

|  |
| --- |
| **IV. Rezygnuję z wyboru świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR**............................... .............................................................. ................................................(data: dzień-miesiąc-rok) (podpis świadczeniobiorcy lub opiekuna prawnego) (podpis osoby przyjmującej deklarację) |
| ..................................................................................................(pieczątka, nadruk lub naklejka ośrodka koordynującego zawierająca nazwę, adres siedziby oraz numer identyfikacyjny umowy) | ..................................................................................................(pieczątka, nadruk lub naklejka miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawierająca nazwę, adres oraz numer identyfikacyjny umowy) |
| **POUCZENIE****Informacja dla wypełniającego deklarację**1. Możliwe jest wybranie tylko jednego świadczeniodawcy realizującego program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad pacjentami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR
2. Złożenie deklaracji wyboru do kolejnego ośrodka koordynującego realizującego program pilotażowy unieważnia poprzedni wybór.
 |