**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 numeru  PESEL – 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 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(-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. | |