NZOZ VITAMED
ul. Kościuszki 35
85-079 Bydgoszcz
tel. 52 525 77 77
NIP 967-11-45-836
REGON: 093056206

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 świadczeniodawcy udzielającego świadczeń

.....

.....

.....

Dane osoby, której deklaracja jest wycofywana:

(Nazwisko)

(Imię) (Nr ewidencyjny PESEL)

_____ _____

(miejscowość, data) (własnoręczny podpis)

Wyjaśnienie:

- niewłaściwe skreślić
- data, od której obowiązuje wybór lekarza/pielęgniarki/położnej podstawowej opieki zdrowotnej musi być ta sama co data rezygnacji w wyboru lekarza/pielęgniarki/położnej podstawowej opieki zdrowotnej