Imię i nazwisko nowo wybranego lekarza lub pielęgniarki lub położnej oraz dane i adres świadczeniodawcy, 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 świadczeniodawcy 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