|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pieczątka placówki | Warszawa, dnia |  |
|  |  |

**ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko pracownika |  |
| PESEL  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE [X] | DATA UZYSKANIA/UTRATY UPRAWNIEŃ |
|  | ZGŁOSZENIE |  |
|  | WYREJESTROWANIE |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RODZAJ INFORMACJI** | **DANE O CZŁONKU RODZINY** |
| PESEL |  |
| RODZAJ DOKUMENTU | dowód osobisty / paszport |
| SERIA I NUMER DOKUMENTU |  |
| NAZWISKO |  |
| IMIĘ |  |
| DATA URODZENIA (dd-mm-rrrr) |  |
| STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA |  |
| CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z UBEZPIECZONYM? | TAK / NIE |
| STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI |  |
| **ADRES ZAMIESZKANIA CZŁONKA RODZINY** |
| KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ |  |
| GMINA |  |
| ULICA NR DOMU / NR LOKALU |  |
|  |  |
|  | podpis pracownika |