

WYPEŁNIJ DRUKOWANYMI LITERAMI

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO													
Imię (imiona) i nazwisko pracownika													
a) Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego													
Nazwisko	Imię												
PESEL <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													Data urodzenia-...-..... dzień miesiąc rok
Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności												
Czy członek rodziny pozostaje z pracownikiem we wspólnym gospodarstwie domowym? ☐ Tak ☐ Nie	Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż pracownika) ulica, nr domu i mieszkania kod pocztowy i miejscowość gmina, województwo												
b) Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego													
Nazwisko	Imię												
PESEL <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													Data urodzenia-...-..... dzień miesiąc rok
Stopień pokrewieństwa	Stopień niepełnosprawności												
Czy członek rodziny pozostaje z pracownikiem we wspólnym gospodarstwie domowym? ☐ Tak ☐ Nie	Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż pracownika) ulica, nr domu i mieszkania kod pocztowy i miejscowość gmina, województwo												
c) Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego													
Nazwisko	Imię												

PESEL 	Data urodzenia
Stopień pokrewieństwa 	Stopień niepełnosprawności
Czy członek rodziny pozostaje z pracownikiem we wspólnym gospodarstwie domowym? ☐ Tak ☐ Nie	Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż pracownika) ulica, nr domu i mieszkania kod pocztowy i miejscowość gmina, województwo
d) Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego	
Nazwisko 	Imię
PESEL 	Data urodzenia
Stopień pokrewieństwa 	Stopień niepełnosprawności
Czy członek rodziny pozostaje z pracownikiem we wspólnym gospodarstwie domowym? ☐ Tak ☐ Nie	Adres zamieszkania (jeżeli jest inny niż pracownika) ulica, nr domu i mieszkania kod pocztowy i miejscowość gmina, województwo
Administratorem danych osobowych ujawnionych w całym okresie Pana/i zatrudnienia jest: Pana/i dane osobowe przetwarzane będą wyłącznie dla celów zatrudnienia i archiwizacji.	