

WNIOSEK O WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Miejscowość		Data	
-------------	--	------	--

Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Jednostka organizacyjna	

Proszę o wyrejestrowanie członka mojej rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego

z dniem	
---------	--

** Data wyrejestrowania powinna być zgodna z datą nabycia innego tytułu do ubezpieczenia.*

DANE CZŁONKA RODZINY DO WYREJESTROWANIA Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO	
NAZWISKO	
IMIĘ	
PESEL	
DATA URODZENIA <i>dzień, miesiąc, rok</i>	
PASZPORT <i>seria i numer - dotyczy cudzoziemców</i>	
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA*	<input type="checkbox"/> współmałżonek
	<input type="checkbox"/> dziecko własne, przysposobione lub współmałżonka
	<input type="checkbox"/> inny – jaki?
PRZYCZYNA WYREJESTROWANIA*	<input type="checkbox"/> podjęcie pracy
	<input type="checkbox"/> zakończenie nauki <i>(dot. dziecka własnego, przysposobionego dziecka lub dziecka współmałżonka)</i>
	<input type="checkbox"/> osiągnięcie wieku 26 lat <i>(dot. dziecka własnego, przysposobionego dziecka lub dziecka współmałżonka)</i>
	<input type="checkbox"/> inna jaka?

.....
Podpis Pracownika