

WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Miejscowość	Data
-------------	------

Imię i nazwisko	
Stanowisko	
Jednostka organizacyjna	

DANE CZŁONKA RODZINY ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO		
NAZWISKO		
IMIĘ		
PESEL		
DATA URODZENIA <small>dzień, miesiąc, rok</small>		
PASZPORT <small>seria i numer - dotyczy cudzoziemców</small>		
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA*	<input type="checkbox"/> współmałżonek <input type="checkbox"/> dziecko własne, przysposobione lub współmałżonka <input type="checkbox"/> inny – jaki?	
W przypadku zgłoszenia dziecka CZY SIĘ KSZTAŁCI?*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ?*	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*	<input type="checkbox"/> nie dotyczy <input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> stwierdzony przed 16 rokiem życia	
ADRES ZAMIESZKANIA		
<i>Gmina</i>	<i>Powiat</i>	<i>Województwo</i>
<i>Miejscowość</i>	<i>Kod pocztowy</i>	<i>Ulica</i>
<i>Nr domu</i>	<i>Nr mieszkania</i>	

Potwierdzam powyższe dane i zobowiązuję się w terminie 7-miu dni zgłosić w Dziale Spraw Osobowych Uniwersytetu Jagiellońskiego - Collegium Medicum każdą zaistniałą zmianę.

.....
Podpis Pracownika