

## WNIOSEK O ZGŁOSZENIE PRACOWNIKA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Miejscowość	Data
-------------	------

DANE ZGŁASZANEGO DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO			
<b>NAZWISKO</b>			
<b>NAZWISKO RODOWE</b>			
<b>IMIONA</b>			
<b>OBYWATELSTWO</b>			
<b>PESEL</b>			
<b>DATA URODZENIA</b> <small>dzień, miesiąc, rok</small>			
<b>PASZPORT</b> <small>seria i numer - dotyczy cudzoziemców</small>			
<b>ADRES ZAMELDOWANIA</b>			
<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>		
<b>ADRES ZAMIESZKANIA</b>			
<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>		
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>			
<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>		
<b>JESTEM EMERYTEM</b>	TAK	NIE	Nr decyzji: _____ z dnia: _____
<b>JESTEM RENCISTĄ</b>	TAK	NIE	Nr decyzji: _____ z dnia: _____
<b>KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI</b>			

Wnoszę o zgłoszenie i opłacanie składek w ..... Oddziale Wojewódzkim  
Narodowego Funduszu Zdrowia w: .....  
(miejsowość)

<b>WSPÓŁMAŁŻONEK(KA), DZIECI, INNI CZŁONKOWIE RODZINY ZAMIESZKUJĄCY WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z PRACOWNIKIEM</b>							
<i>Podać, jeśli nie są zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego w innym miejscu</i>							
Nr	Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	PESEL / NIP	Adres zamieszkania	Stopień niepełnosprawności	Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym z ubezpieczonym?
1							
2							
3							
4							

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

Powyższe dane potwierdzam na podstawie:

<b>DOWODU OSOBISTEGO</b>	seria:	nr:
<b>INNY DOKUMENT</b>		

.....  
Podpis Pracownika Działu Spraw Osobowych

*Powyższe informacje podaje się celem zgłoszenia i opłacania w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych zgodnie z ustawą z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2021 r., poz.423 z późn. zm.) oraz ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r., poz. 1285 z późn. zm.).*