*(imię i nazwisko) (miejscowość i data)*

*(stanowisko)*

*(jednostka organizacyjna).*

**ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY UPRAWNIONEGO DO ŚWIADCZEŃ**

**Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PESEL** |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  |  | |  | |  | |
| **NAZWISKO** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **IMIĘ** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATA URODZENIA** *(dzień, miesiąc, rok)* |  | |  | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | |
| **PASZPORT**  *(seria i numer - dotyczy cudzoziemców)* |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZAKŁAD PRACY/SZKOŁA**\* |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **CZY POZOSTAJE WE WSPÓŁNYM GOSPODARSTWIE Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ?** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**  *(znaczny, umiarkowany, lekki)* |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ADRES ZAMIESZKANIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Miejscowość | Kod pocztowy | | | | | | | | | Gmina | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Ulica | Nr domu | | | | | | | | | Nr lokalu | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |

*Oświadczenie:*

*Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania zakładu pracy o wszelkich zaistniałych zmianach dotyczących osób uprawnionych do ubezpieczenia zdrowotnego.*

...........................................................................

*(podpis pracownika)*

*\*)Niepotrzebne skreślić*