*(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*