

OŚWIADCZENIE

DANE DO ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH I ZDROWOTNYCH

(wypełnia osoba pobierająca świadczenie pielęgnacyjne)

Nazwisko.....Nazwisko rodowe.....

Imię pierwsze.....Imię drugie.....

Pesel.....NIP.....

Seria i nr dowodu osobistego.....

Obywatelstwo.....

Posiadanie prawa do emerytury, renty lub renty rodzinnej.....TAK/NIE

Posiadany stopień niepełnosprawności.....TAK/NIE

Adres stałego zameldowania wraz z kodem pocztowym.....

Adres zamieszkania wraz z kodem pocztowym.....

Oświadczam, że:

- mam inny tytuł z którego opłacana jest składka na ubezpieczenie zdrowotne
TAK/NIE*
jeśli tak podać jaki.....
- spełniam warunki określone w ustawie z dnia 27-08-2004 r o świadczeniach z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 z 2004 r poz. 2135), do zgłoszenia mnie jako członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego
TAK/NIE*
jeśli tak podać tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego.....

Nazwa oddziału NFZ.....

Dane o członkach rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego

| Lp. | Nazwisko i imię | Pesel i NIP | Data ur. | Stopień pokrewieństwa | Stopień Niepełnosprawności | Adres zamieszkania (wypełnić w przypadku adresu innego niż świadczeniobiorcy) |
|-----|-----------------|------------------|----------|-----------------------|----------------------------|---|
| 1 | | Pesel NIP | | | | |

| | | | | | | |
|----|--|-------|--|--|--|--|
| 2 | | Pesel | | | | |
| | | NIP | | | | |
| 3 | | Pesel | | | | |
| | | NIP | | | | |
| 4 | | Pesel | | | | |
| | | NIP | | | | |
| 5 | | Pesel | | | | |
| | | NIP | | | | |
| 6 | | Pesel | | | | |
| | | NIP | | | | |
| 7 | | Pesel | | | | |
| | | NIP | | | | |
| 8 | | Pesel | | | | |
| | | NIP | | | | |
| 9 | | Pesel | | | | |
| | | NIP | | | | |
| 10 | | Pesel | | | | |
| | | NIP | | | | |

O wszelkich zmianach w stosunku do danych zawartych w niniejszym oświadczeniu zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić płatnika składek.

.....
data

.....
podpis