

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