

ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. DANE CZŁONKA RODZINY:

NAZWISKO I IMIONA

DATA URODZENIA

PESEL _____

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

CZY POZOSTAJE ZE MNĄ WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

TAK / NIE

2. DANE CZŁONKA RODZINY:

NAZWISKO I IMIONA

DATA URODZENIA

PESEL _____

STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

CZY POZOSTAJE ZE MNĄ WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM

TAK / NIE

.....

data i podpis pracownika