

..... dn.

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

DEKLARACJA ZGŁOSZENIA DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO CZŁONKÓW RODZINY

Zwracam się z prośbą o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny:

Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Pesel
		-- - - - -	
Adres zamieszkania			
		-- - - - -	
Adres zamieszkania			
		-- - - - -	
Adres zamieszkania			
		-- - - - -	
Adres zamieszkania			
		-- - - - -	
Adres zamieszkania			

Telefon kontaktowy:

Adres mail:

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.
Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia pracodawcy w przypadku zmiany danych podanych w powyższym kwestionariuszu.

.....
(data i podpis pracownika)