

FORMULARZ ZGŁOSZENIA /WYREJESTROWANIA z ZUS-u CZŁONKA RODZINY PRACOWNIKA

Dane Pracownika/Ubezpieczonego

Pracodawca:		
1.	NAZWISKO	
2.	Imię pierwsze	
3.	PESEL	

DANE ZGŁASZANEGO CZŁONKA RODZINY
na podstawie art. 77 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Zgłoszenie członka rodziny	<input type="checkbox"/>	Data uzyskania uprawnień	
Wyrejestrowanie członka rodziny	<input type="checkbox"/>	Data utraty uprawnień	
4.	NAZWISKO		
5.	IMIĘ		
6.	Data urodzenia		
7.	PESEL		
8.	Dowód osobisty/paszport	seria	numer
9.	Pokrewieństwo członka rodziny		
10.	Czy członek rodziny pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym?	<input type="checkbox"/>	Tak
		<input type="checkbox"/>	Nie
11.	Czy członek rodziny ma orzeczenie o niepełnosprawności ?	<input type="checkbox"/>	Tak
		<input type="checkbox"/>	Nie
12.	Adres zamieszkania członka rodziny (wypełnić w przypadku innego adresu zamieszkania niż adres pracownika)	ulica, numer domu/mieszkania	
		kod pocztowy Poczta	
		Miejscowość	
		Gmina	

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy**

.....
Data i podpis pracownika

Wpłynęło:.....
Podpis pracownika przyjmującego