

OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA – DANE DO ZGŁOSZENIA DO ZUS

1	Nazwisko	nazwisko rodowe
2	Imiona: 1)	2)
3	Czy emeryt?	Tak* / nie
4	Czy rencista?	Tak* / nie
4	Czy jest stopień niepełnosprawności?	Brak, lekki, umiarkowany, znaczny, wydany do 16 roku życia*
5	Oddział NFZ	
6	Adres Urzędu Skarbowego	
7	Dokładny adres zamieszkania	Województwo gmina powiat..... ul..... miejscowość:..... kod poczt.poczta:.....
8	Dokładny adres zameldowania	Województwo gmina powiat..... ul..... miejscowość:..... kod poczt.poczta:.....

DANE DZIECI I WSPÓŁMAŁŻONKA ZGŁASZANYCH DO UBEZPIECZENIA Z PRACOWNIKIEM

1	Nazwisko	pierwsze imię	pokrewieństwo
2	Data urodzenia	Pesel:	Zgłosić od dnia:
3	Czy zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie?	Tak / nie	
4	Dokładny adres zamieszkania		
5	Czy posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ?	Tak / nie <i>Stopień niepełnosprawności:</i> lekki / umiarkowany / znaczny / orzeczenie wydane osobom do 16 roku życia	

1	Nazwisko	pierwsze imię	pokrewieństwo
2	Data urodzenia	Pesel:	Zgłosić od dnia:
3	Czy zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie?	Tak / nie	
4	Dokładny adres zamieszkania		
5	Czy posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ?	Tak / nie <i>Stopień niepełnosprawności:</i> lekki / umiarkowany / znaczny / orzeczenie wydane osobom do 16 roku życia	

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

W przypadku utraty uprawnień członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego należy niezwłocznie o tym fakcie poinformować pracodawcę.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy

.....
data i podpis pracownika

Wpłynęło dnia:.....

Podpis osoby przyjmującej

* w przypadku emeryta, rencisty lub osoby posiadającej stopień niepełnosprawności proszę dostarczyć kopię legitymację rencisty/emeryta lub kopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności