

**DANE CZŁONKÓW RODZINY zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego**

1	Nazwisko / pierwsze imię / pokrewieństwo			
2	Data urodzenia / Pesel / NIP			
3	Czy zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie?	Tak / nie		
4	Dokładny adres zamieszkania	Woj. .... gmina ..... pow..... ul..... miejscowość ..... kod poczt. .... poczta .....		
5	Czy posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ?	Tak / nie <i>Stopień niepełnosprawności: lekki / umiarkowany / znaczny / orzeczenie wydane osobom do 16 roku życia</i>		
1	Nazwisko / pierwsze imię / pokrewieństwo			
2	Data urodzenia / Pesel / NIP			
3	Czy zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie	Tak / nie		
4	Dokładny adres zamieszkania	Woj. .... gmina ..... pow..... ul..... miejscowość ..... kod poczt. .... poczta .....		
5	Czy posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ?	Tak / nie <i>Stopień niepełnosprawności: lekki / umiarkowany / znaczny / orzeczenie wydane osobom do 16 roku życia</i>		
1	Nazwisko / pierwsze imię / pokrewieństwo			
2	Data urodzenia / Pesel / NIP			
3	Czy zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie?	Tak / nie		
4	Dokładny adres zamieszkania	Woj. .... gmina ..... pow..... ul..... miejscowość ..... kod poczt. .... poczta .....		
5	Czy posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności ?	Tak / nie <i>Stopień niepełnosprawności: lekki / umiarkowany / znaczny / orzeczenie wydane osobom do 16 roku życia</i>		

Data uzyskania uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny: .....

data i czytelny podpis .....