

Wniosek o zgłoszenie członków rodziny do NFZ

Dane osoby zarejestrowanej w urzędzie pracy:

.....

Nazwisko i Imiona

Nr Pesel

Nr NIP

.....

Data i miejsce urodzenia

Nr dowodu osobistego

Imiona Rodziców:.....
 ojca matki

Proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny ,którzy nie podlegają ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

Nazwisko i imię	Stopień pokrewieństwa	Data urodzenia	Numer pesel										Miejsce nauki dziecka		

Miejsce zamieszkania Członków Rodziny podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu:

.....

Kod pocztowy i miejscowość

Ulica- nr domu/ nr mieszkania

.....

Data

Podpis składającego oświadczenie