

**WNIOSEK O OBJĘCIE WOLONTARIUSZA DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM  
ZDROWOTNYM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

**UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, DŁUGOPISEM LUB PIÓREM**

**Dane korzystającego**

.....  
.....  
**Nazwa**<sup>1</sup>

.....  
**NIP**

.....  
.....  
**Siedziba**<sup>2</sup>

**Dane zgłaszanego do ubezpieczenia wolontariusza**

.....  
**PESEL**<sup>3</sup>

.....  
**nr NIP**

.....  
**seria i numer dowodu osobistego lub paszportu**<sup>4</sup>

.....  
**wydany przez**

.....  
**imię i nazwisko, obywatelstwo**

.....  
**data urodzenia**

.....  
**ulica, nr domu, nr mieszkania**

.....  
**kod pocztowy, miejscowość**

..... **Oddział**  
**Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia**  
**z siedzibą w .....**

<sup>1</sup> Wpisać korzystającego, tj. organizację, podmiot, organ organizacji publicznej, jednostkę organizacyjną, o której mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873 oraz z 2004r. Nr 64, poz. 593 i Nr 116 poz. 1203)

<sup>2</sup> Wpisać dokładny adres siedziby korzystającego: ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy

<sup>3</sup> W przypadku cudzoziemców, którym nie nadano Nr PESEL należy wpisać numer i serię karty pobytu

<sup>4</sup> W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu

Zwracam się z prośbą o objęcie wolontariusza dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia od dnia .....  
(dzień) (miesiąc) (rok)

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis korzystającego

### OŚWIADCZENIE WOLONTARIUSZA:

Oświadczam, że nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

*Oświadczam, że wszystkie dane osobowe podane przeze mnie we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w..... przy ul. .... są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wolontariusza