Załącznik Nr 3 do Uchwały Nr 168/2004
z dnia 1 lipca 2004 r.
Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia

WNIOSEK O OBJĘCIE WOLONTARIUSZA DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, DŁUGOPISEM LUB PIÓREM

Dane korzystającego

.....

.....
Nazwa [1]

.....
NIP

.....

.....
Siedziba [2]

Dane zgłaszanego do ubezpieczenia wolontariusza

....
PESEL [3] **nr NIP**

.....
seria i numer dowodu osobistego lub paszportu [4]

.....
wydany przez

.....
imię i nazwisko, obywatelstwo

.....
data urodzenia

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

.....
kod pocztowy, miejscowość

..... Oddział

Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

z siedzibą w .....

---

[1] 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)

[2] Wpisać dokładny adres siedziby korzystającego: ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy

[3] W przypadku cudzoziemców, którym nie nadano Nr PESEL należy wpisać numer i serię karty pobytu

[4] 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)*

....

miejscowość, 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, ze 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. 141 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391), 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.

....

miejscowość, data *podpis wolontariusza*