

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

UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, DŁUGOPISEM LUB PIÓREM

<u>Dane korzystającego</u>	
.....	
.....	
Nazwa ¹	
.....	
NIP	
.....	
.....	
Siedziba ²	
.....	
<u>Dane zgłaszanego do ubezpieczenia wolontariusza</u>	
.....	
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 oraz z 2004r. Nr 64, poz. 593 i Nr 116 poz. 1203)

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

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 z późn.zm.), 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