

Zaświadczenie o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym

Wypełnij czytelnie pismem komputerowym lub odręcznie wielkimi literami.

1. Dane płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne

Nazwa płatnika	<input type="text"/>		
Adres	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Nr domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miejscowość / poczta	Państwo		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Regon/NIP	<input type="text"/>		
Nr telefonu	<input type="text"/>		

2. Dane osobowe osoby zgłoszonej do ubezpieczenia zdrowotnego

PESEL	<input type="text"/>	Jeśli osoba zgłoszona do ubezpieczenia zdrowotnego nie ma numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia
Data urodzenia	<input type="text"/>	
	dd / mm / rrrr	
Imię (imiona)	<input type="text"/>	
Nazwisko	<input type="text"/>	

3. Dane adresowe osoby zgłoszonej do ubezpieczenia zdrowotnego

Ulica	<input type="text"/>		
Nr domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Miejscowość / poczta	Państwo		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

4. Informacja o ubezpieczeniu zdrowotnym

Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr
Zatrudnienie na czas określony <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – do	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr
Data rozwiązania stosunku pracy / zakończenia działalności	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr
Urlop bezpłatny <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – od	<input type="text"/>
– do	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr

5. Dane członków rodziny zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego

PESEL	Data urodzenia	Imię (imiona)	Nazwisko	Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

dd/mm/rrrr

Data wystawienia zaświadczenia

--

Imienna pieczęć i podpis osoby upoważnionej
do wystawienia zaświadczenia