

Zaświadczenie o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym

Wypełnij czytelnie pismem komputerowym lub odręcznie wielkimi literami.

1. Dane płatnika składki na ubezpieczenie zdrowotne

Nazwa płatnika			
Adres			
Ulica			
Nr domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	
Miejscowość / poczta	Państwo		
Regon/NIP			
Nr telefonu			

2. Dane osobowe osoby zgłoszonej do ubezpieczenia zdrowotnego

PESEL	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					Jeśli nie masz numeru PESEL, wpisz numer i serię dokumentu tożsamości wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia																				
Data urodzenia	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>dd</td><td>/</td><td>mm</td><td>/</td><td>rrrr</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					dd	/	mm	/	rrrr																
dd	/	mm	/	rrrr																																						
Imię (imiona)																																										
Nazwisko																																										

3. Dane adresowe osoby zgłoszonej do ubezpieczenia zdrowotnego

Ulica			
Nr domu	Numer lokalu	Kod pocztowy	
Miejscowość / poczta	Państwo		

4. Informacja o ubezpieczeniu zdrowotnym

Data zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>dd</td><td>/</td><td>mm</td><td>/</td><td>rrrr</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					dd	/	mm	/	rrrr															
dd	/	mm	/	rrrr																																					
Zatrudnienie na czas określony <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>dd</td><td>/</td><td>mm</td><td>/</td><td>rrrr</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					dd	/	mm	/	rrrr															
dd	/	mm	/	rrrr																																					
Data rozwiązania stosunku pracy / zakończenia działalności	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>dd</td><td>/</td><td>mm</td><td>/</td><td>rrrr</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					dd	/	mm	/	rrrr															
dd	/	mm	/	rrrr																																					
Urlop bezpłatny <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> tak – od	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>dd</td><td>/</td><td>mm</td><td>/</td><td>rrrr</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					dd	/	mm	/	rrrr															
dd	/	mm	/	rrrr																																					
– do	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>dd</td><td>/</td><td>mm</td><td>/</td><td>rrrr</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					dd	/	mm	/	rrrr															
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