

**II DANE DOTYCZĄCE DZIECI I INNYCH CZŁONKÓW RODZINY ZGŁASZANYCH PRZEZ PANA/PANIĄ DO  
UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

	Osoba zgłaszana nr 1	Osoba zgłaszana nr 2	Osoba zgłaszana nr 3	Osoba zgłaszana nr 4	Osoba zgłaszana nr 5
Dane					
Nazwisko					
Imię					
PESEL					
NIP					
Jezeli brak PESEL lub NIP należy podać serię i numer dowodu osobistego					
Data urodzenia					
Stopień pokrewieństwa					
Czy wymieniona osoba pozostaje na Pana/Pani wyłącznym utrzymaniu (wpisać TAK lub NIE)					
Czy wymieniona osoba pozostaje z Panem? Panią we wspólnym gospodarstwie domowym?					
Czy wymieniona osoba posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności?					
Adres zamieszkania					
Kod pocztowy					
Miejscowość					
Gmina					
Ulica					
Nr domu					
Nr lokalu					
Nr telefonu					

Nazwisko i imię pracownika.....

Podpis .....