

I. ZGŁOSZENIE DANYCH PRACOWNIKA:

1) Nazwisko

2) Imię

3) Pesel:

4) NIP

5) Jeżeli brak NIP-u lub Pesel należy podać serię i nr dowodu osobistego: seria:

nr dowodu

6) Data urodzenia

7) Drugie imię.....

8) nazwisko rodowe:

9) Obywatelstwo

10) Czy Pan/Pani ma orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub przyznaną grupę inwalidzką? TAK* / NIE* (*niepotrzebne skreślić)

Jeżeli tak to należy dostarczyć do wglądu orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub grupy inwalidztwa.

11) Nazwa Kasy Chorych

- Śląska Kasa Chorych lub inna (podać nazwę)

12) Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu:

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina

Ulica

Nr domu..... Nr lokalu

Nr telefonu

Adres e-mailowy

13) Adres zamieszkania – wpisać jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu:

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina

Ulica

Nr domu..... Nr lokalu

Nr telefonu

Adres e-mailowy

14) Adres do korespondencji – wpisać jeżeli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu i adres zamieszkania:

Kod pocztowy

Miejscowość

Gmina

Ulica

Nr domu..... Nr lokalu

Skrytka pocztowa

Nr telefonu

Adres e-mailowy

.....
Podpis składającego zgłoszenie