

WNIOSEK O OBJĘCIE UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM

Składam wniosek o objęcie mnie ubezpieczeniem zdrowotnym, którego płatnikiem będzie Ośrodek Pomocy Społecznej.

.....
(podpis wnioskodawcy)

I DANE WNIOSKODAWCY

1. Imię pierwsze

2. Imię drugie

3. Nazwisko

4. Nazwisko rodowe

5. Data urodzenia.....

6. PESEL

7. NIP

8. Rodzaj dowodu tożsamości

9. Seria i numer dowodu tożsamości

10. Obywatelstwo

11. Adres zamieszkania – stały

kod pocztowy miejscowość

gmina województwo

ulica nr domu nr lokalu.....

numer telefonu

12. Adres pobytu

kod pocztowy miejscowość

gmina województwo

ulica nr domu nr lokalu.....

numer telefonu

13. Nazwa kasy chorych

Oświadczenie

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(data wypełnienia)

.....
(podpis składającego)

II DANE O CZŁONKACH RODZINY WNIOSKODAWCY

Imię pierwsze
Nazwisko
Data urodzenia
PESEL
Stopień pokrewieństwa
Pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej TAK/NIE
Pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną TAK/NIE

III DANE O CZŁONKACH RODZINY WNIOSKODAWCY

Imię pierwsze
Nazwisko
Data urodzenia
PESEL
Stopień pokrewieństwa
Pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej TAK/NIE
Pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną TAK/NIE

IV DANE O CZŁONKACH RODZINY WNIOSKODAWCY

Imię pierwsze
Nazwisko
Data urodzenia
PESEL
Stopień pokrewieństwa
Pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej TAK/NIE
Pozostają we wspólnym gospodarstwie domowym z osobą ubezpieczoną TAK/NIE

Oświadczenie

Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
Jestem świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(data wypełnienia)

.....
(podpis składającego)