

DZIECI LUB INNI CZŁONKOWIE RODZINY UPRAWNIENI DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

1. Nazwisko.....
2. Imiona.....
3. PESEL.....
4. Numer i seria dowodu osobistego lub paszportu.....
5. Data i miejsce urodzenia.....
5. Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu.....
6. Czy pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym.....
7. Czy posiada stopień niepełnosprawności /podać jaki/.....
.....
8. Przynależność do Narodowego Funduszu Zdrowia.....
.....
9. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu: Kod pocztowy.....
Miejscowość.....Gmina.....
Ulica.....Nr domu..... Nr lokalu.....
Nr tel.....Nr faxu.....
10. Adres zamieszkania, jeżeli jest inny niż zameldowania: Kod pocztowy.....
Miejscowość.....Gmina.....
Ulica.....Nr domu..... Nr lokalu.....
Nr tel.....Nr faxu.....
11. Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż zameldowania: Kod pocztowy.....
Miejscowość.....Gmina.....
Ulica.....Nr domu..... Nr lokalu.....
Nr tel.....Nr faxu.....

Opole, dnia.....

.....
podpis składającego dane