

ANKIETA

ZGŁOSZENIA ŚWIADCZENIOBIORCY DO UBEZPIECZENIA ZUS /WYPEŁNIĆ CZYTELNIIE DRUKOWANYMI LITERAMI/

- świadczenie w formie _____

- od dnia _____

1. PESEL _____

2. NIP /wpisać bez kresek/ _____

3. Nazwisko i imię _____

4. Data urodzenia /dzień, miesiąc, rok/ _____

5. Drugie imię _____

6. Nazwisko rodowe _____

7. Obywatelstwo _____

8. Płeć /kobieta – K; mężczyzna – M/ _____

9. Stopień niepełnosprawności
/lekki, umiarkowany, znaczny/ _____

10. Posiadam ustalone prawo
do emerytury, renty Nr _____

11. Okres na jaki został orzeczony
stopień niepełnosprawności
/dzień, miesiąc, rok/ _____

12. Narodowy Fundusz Zdrowia _____

13. Adres zameldowania na stałe
miejsce pobytu

kod pocztowy _____

miejsowość _____

gmina _____

ulica _____

nr domu _____

nr lokalu _____

nr telefonu _____

14. Adres zamieszkania

/wypełnić jeżeli jest inny

od adresu zameldowania na stałe/

kod pocztowy _____
miejsowość _____
gmina _____
ulica _____
nr domu _____
nr lokalu _____
nr telefonu _____

15. Adres do korespondencji

/wypełnić jeżeli jest inny

od adresu zameldowania na stałe/

kod pocztowy _____
miejsowość _____
gmina _____
ulica _____
nr domu _____
nr lokalu _____
nr telefonu _____

Oświęcim, dnia _____

/podpis świadczeniobiorcy/

/podpis i pieczęć pracownika/