

## OŚWIADCZENIE PRACOWNIKA DO CELÓW UBEZPIECZENIOWO-PODATKOWYCH

## 1. Dane identyfikacyjne osoby zgłoszonej do ubezpieczenia

Nazwisko: <b>Basistyi</b>	Imię (imiona): <b>Yevhen</b>
Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input checked="" type="checkbox"/> Mężczyzna	Obywatelstwo: <b>Ukraińskie</b>
PESEL 0 2 2 9 2 5 1 3 5 5 8	Data urodzenia 2 5 - 0 9 - 2 0 0 2

## 2. Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu

Kod pocztowy 6 0 - 7 1 0	Adres do rozliczenia z Urzędem Skarbowym* <input checked="" type="checkbox"/> Pocztą: <b>psik726@gmail.com</b>
Miejscowość: <b>Poznań</b>	Ulica: <b>Kanałowa</b>
Nr domu: <b>17</b>	Nr lokalu: <b>30</b>
Gmina: <b>Poznań</b>	Województwo: <b>Wielkopolskie</b>

## 3. Adres zamieszkania

Kod pocztowy 6 0 - 7 1 0	Adres do rozliczenia z Urzędem Skarbowym* <input checked="" type="checkbox"/> Pocztą: <b>psik726@gmail.com</b>
Miejscowość: <b>Poznań</b>	Ulica: <b>Kanałowa</b>
Nr domu: <b>17</b>	Nr lokalu: <b>30</b>
Gmina: <b>Poznań</b>	Województwo: <b>Wielkopolskie</b>

## 4. Adres korespondencyjny

Kod pocztowy 6 0 - 7 1 0	Adres do rozliczenia z Urzędem Skarbowym* <input checked="" type="checkbox"/> Pocztą: <b>psik726@gmail.com</b>
Miejscowość: <b>Poznań</b>	Ulica: <b>Kanałowa</b>
Nr domu: <b>17</b>	Nr lokalu: <b>30</b>
Gmina: <b>Poznań</b>	Województwo: <b>Wielkopolskie</b>

## 5. Urząd Skarbowy właściwy

Urząd Skarbowy Poznań-Grunwald

## 6. Oddział Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ):

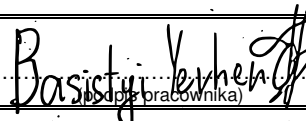
Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ

## 7. Prawo do renty/emerytury

Czy posiada prawo do emerytury? <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie	Czy posiada prawo do renty? <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie
Organ wydający:	Organ wydający:
Nr świadczenia:	Nr świadczenia:
Czy posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie	Czy posiada prawo do renty rodzinnej? <input type="checkbox"/> Tak <input checked="" type="checkbox"/> Nie
Organ wydający:	Organ wydający:
Oznaczenia decyzji:	
Data orzeczenia - - - - -	Nr świadczenia:
Okres obowiązywania: od dnia ..... do dnia .....	
Stopień niepełnosprawności: <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny <input type="checkbox"/> Orzeczenie wydane osobom do 16 roku życia	

Warszawa, 01.08.2022

(miejscowość i data)


  
 Basistyi Yevhen
   
 (podpis pracownika)

**8. WNIOSEK O ZGŁOSZENIE CZŁONKA RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO, BĘDĄCY NA WYŁĄCZNYM UTRZYMANIU UBEZPIECZONEGO\***Nie dotyczy ☒**a) Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego**

Nazwisko:	Imię (imiona):
PESEL <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Stopień pokrewieństwa:	Stopień niepełnosprawności:
Czy osoba zgłaszana zamieszkuje wspólnie ze zgłaszającym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Jeżeli nie zamieszkuje wspólnie proszę podać aktualny adres osoby zgłaszanej:	

**b) Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego**

Nazwisko:	Imię (imiona):
PESEL <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Stopień pokrewieństwa:	Stopień niepełnosprawności:
Czy osoba zgłaszana zamieszkuje wspólnie ze zgłaszającym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Jeżeli nie zamieszkuje wspólnie proszę podać aktualny adres osoby zgłaszanej:	

**c) Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego**

Nazwisko:	Imię (imiona):
PESEL <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Stopień pokrewieństwa:	Stopień niepełnosprawności:
Czy osoba zgłaszana zamieszkuje wspólnie ze zgłaszającym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Jeżeli nie zamieszkuje wspólnie proszę podać aktualny adres osoby zgłaszanej:	

**d) Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego**

Nazwisko:	Imię (imiona):
PESEL <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Stopień pokrewieństwa:	Stopień niepełnosprawności:
Czy osoba zgłaszana zamieszkuje wspólnie ze zgłaszającym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Jeżeli nie zamieszkuje wspólnie proszę podać aktualny adres osoby zgłaszanej:	

**e) Dane identyfikacyjne osoby zgłaszanej do ubezpieczenia zdrowotnego**

Nazwisko:	Imię (imiona):
PESEL <input type="text"/>	Data urodzenia <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Stopień pokrewieństwa:	Stopień niepełnosprawności:
Czy osoba zgłaszana zamieszkuje wspólnie ze zgłaszającym? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
Jeżeli nie zamieszkuje wspólnie proszę podać aktualny adres osoby zgłaszanej:	

Warszawa, 01.08.2022

(miejscowość i data)

Basistyi Verheng

(podpis pracownika)