ZUS PZCNA 1. DANE ORGANIZ.	ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
01. 02.	
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK	POLA: 01 DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 02 NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)
01. NUMER NIP 5252352907 02. NUMER REGON 1	40381516 03. NUMER PESEL 00KUMENTU
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 06	NAZWA SKRÓCONA "SII SP. Z O.O." Sii Sp. z o.o.
07. NAZWISKO	Al. Niepodległości 69, 02-626 Warszawa 08. IMIĘ PIERW. NIP 525-23-52-907, Reg. 140381516
09. DATA URODZENIA	tel. (22) 486 37 37, fax (22) 486 37 34
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY UBEZPIECZONEJ	
01. NUMER PESEL 72123017290 02.	03. RODZAJ 04. SERIA I NUMER DOKUMENTU DOKUMENTU
05. NAZWISKO BEKESHA	
06. IMIĘ PIERWSZE VOLODYMYR	07. DATA URODZENIA 30.12.1972
IV.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ U	JPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY (1) / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY (2)	02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIEŃ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY 11.07.2016
03. NUMER PESEL 04. NUMER NIP	05. RODZAJ 06. SERIA I NUMER DOKUMENTU 2 DOKUMENTU EH759234
07. NAZWISKO BEKESHA 08. IMIĘ	09. DATA URODZENIA 24.02.1975
PIERWSZE TETIANA 10. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA 01	URODZENIA 24.02.1975 11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM
12. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI ()	GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ X UBEZPIECZONĄ (X OZNACZA TAK)
IV.B. ADRES ZAMIESZKANIA 01. KOD	02. MIEJSCOWOŚĆ
03. GMINA/ DZIELNICA	04. ULICA
05. NR DOMU 06. NR LOKALU	07. NR 08. ZAGR. KOD TELEFONU POCZT.
V.A. DANE O CZŁONKU RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ U	IPRAWNIONYM DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO
01. ZGŁOSZENIE NOWEGO CZŁONKA RODZINY (1) / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY (2)	02. DATA UZYSKANIA / UTRATY UPRAWNIEŃ DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO PRZEZ CZŁONKA RODZINY
03. NUMER PESEL 04. NUMER NIP	05. RODZAJ 06. SERIA I NUMER DOKUMENTU DOKUMENTU
07. NAZWISKO 08. IMIĘ PIERWSZE	09. DATA URODZENIA
10. KOD STOPNIA POKREWIEŃSTWA / POWINOWACTWA 12. KOD STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI	11. POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ (X OZNACZA TAK)
V.B. ADRES ZAMIESZKANIA 01. KOD	02. MIEJSCOWOŚĆ
03. GMINA/ DZIELNICA	04. ULICA
05. NR DOMU 06. NR LOKALU	07. NR 08. ZAGR. KOD TELEFONU POCZT.
VI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK	VII. OŚWIADCZENIE OSOBY UBEZPIECZONEJ
01. DATA WYPEŁNIENIA 13.07.2016	
OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.	OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM. JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

Asseco Poland S.A., Płatnik, 10.01.001

PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ ORAZ PIECZĄTKĘ PŁATNIKA POTWIERDZAJĄCE DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA GÓRZE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.

Karolina Wiśniewska Spesje/ista ds. Kadr (Płac

Sii Sp. z o.o. Al. Niepodległości 69, 02-**6**26 Warszawa NIP 525-23-52-907, Reg. 140381516 tel. (22) 486 37 37, fax (22) 486 37 34