

.....
data wpływu

**WNIOSEK O OBJECIE DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM
W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, DŁUGOPISEM LUB PIÓREM

PESEL*	nr NIP	
	серія і номер паспорта	
seria i numer dowodu osobistego lub paszportu**		
	владзе України	
wydany przez		
	місь, підписує, з посади	
imię i nazwisko, obywatelstwo		
	гата народження	
data urodzenia		
	адреса в PL	
ulica, nr domu, nr mieszkania		
	Резов	
kod pocztowy, miejscowość		
Zgłaszani członkowie rodziny***		
PESEL	Imię i nazwisko	Stopień pokrewieństwa

**Podkarpacki Oddział Wojewódzki
Narodowego Funduszu Zdrowia
z siedzibą w Rzeszowie.**

* w przypadku cudzoziemców, którym nie nadano Nr PESEL należy wpisać numer i serię karty pobytu

** w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP należy wpisać serię i numer dowodu osobistego

*** w przypadku potrzeby proszę rozszerzyć tabelę dotyczącą zgłaszanych członków rodziny

Zwracam się z prośbą o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu

Zdrowia od dnia
(dzień) (miesiąc) (rok)

gata z grek nigrucaarete
yrogue z NFZ

Oświadczam, że:

- 1) nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) okres, w którym nie podlegałem/łam ubezpieczeniu zdrowotnemu, wynosi mniej niż 3 miesiące / wynosi miesiące .

Deklaruję miesięczny dochód w kwocie 1500 zł,

słownie: tydzień pięćset złotych zł

Ponadto oświadczam, że zgłaszany przeze mnie członek rodziny:

- 1) nie podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) jest uprawniony do zgłoszenia z tytułu:
 - a) dziecko własne, dziecko małżonka, dziecko przysposobione, wnuk albo dziecko obce, dla którego ustanowiono opiekę, albo dziecko obce w ramach rodziny zastępczej****,
 - do ukończenia 18 lat****,
 - do ukończenia 26 lat (z tytułu kształcenia)****,
 - bez ograniczenia wieku, ponieważ posiada orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności lub inne traktowane na równi****
 - b) małżonek****,
 - c) krewny wstępny pozostający ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym****.

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie, przy ul. Zamkowej 8, są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

Rzeszów,
miejsowość, data

gata z grek nigrucaarete
yrogue z NFZ

.....
podpis

gabriele luile ta prizbuze
ok b zaizopgomecary
nacnopit

*** w przypadku potrzeby proszę rozszerzyć tabelę dotyczącą zgłaszanych członków rodziny
**** niepotrzebne skreślić