

Nazwisko i imię

Data urodzenia

Adres

WNIOSEK

I. Proszę o zgłoszenie mnie do ubezpieczenia zdrowotnego w:

Kujawsko-Pomorskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Bydgoszczy lub Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w z dniem roku.

II. Zgłaszam / nie zgłaszam do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia (wymienionym w I części) następujących członków mojej rodziny:

Nazwisko imię	Pokrewieństwo	PESEL	Data ukończenia nauki	TAK / NIE	
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jestem świadomy/-a, że ubezpieczenie zdrowotne dzieci wygasa z dniem ukończenia 18 lat, a jeżeli kształci się dalej – do ukończenia nauki, nie dłużej jednak niż do ukończenia 26 lat. Zobowiązuję się do powiadomienia o kontynuowaniu nauki przez pełnoletnie dzieci.

.....

Data i podpis osoby przyjmującej wniosek

.....

Data i podpis osoby bezrobotnej