**Wniosek o zgłoszenie członka rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego**

Imię i nazwisko pracownika ……………………………………………………………..

Adres zamieszkania pracownika…………………………………………………………

Miejsce pracy……………………………………………………………………………..

**Dane członka rodziny zgłaszanego do ubezpieczenia zdrowotnego:**

Imię i nazwisko……………………………………………………………………………

Adres zamieszkania……………………………………………………………………….

PESEL…………………………………….

Data urodzenia……………………………

Stopień pokrewieństwa…………………………………

Stopień niepełnosprawności…………………………………………………………………

**Data zgłoszenia do ub. zdrowotnego**………………………………………………………

W/w członek rodziny:

* Pozostaje ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK – NIE\*

**Oświadczenie**

Zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowania zakładu pracy o wszelkich zaistniałych zmianach które mogą spowodować utratę prawa do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny.

 **…………………………………**

data i podpis pracownika

\*niepotrzebne skreślić