Załącznik nr 1

**I.DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

Należy wypełnić czytelnie

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Data urodzenia (dd/mm/rrrr) |
| PESEL | Paszport (dot. cudzoziemców) | Nr albumu |

**II. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

Należy wypełnić czytelnie

|  |  |
| --- | --- |
| Imię drugie | Nazwisko rodowe |
| Obywatelstwo |  |

**III.** **DANE O ODDZIALE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

1. NFZ właściwe dla miejsca zamieszkania (wpisać województwo) ………………………..
2. Numer i data umowy zawartej z NFZ (wypełniają cudzoziemcy)…………………………

**IV. ADRES ZAMIESZKANIA**

Należy wypełnić czytelnie

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kraj | Województwo | Powiat | |
| Gmina | Ulica /osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta | |
| Tel. kontaktowy | Adres e-mail | | |

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy (-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.**

……………………… ………………………

data podpis