*PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ DRUKOWANYMI LITERAMI*

**DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA**

1. Nazwisko ……………………………………….
2. Imiona ……………………………………..........
3. Nazwisko rodowe ……………………………..
4. Obywatelstwo ……………………………….....
5. Data i miejsce urodzenia …………………………………………………………
6. Dowód osobisty (seria i numer) …………..............................................
7. NIP ……………………………………………..
8. PESEL ………………………………………….
9. Adres zameldowania:
10. miejscowość ………………………………
11. ulica ………………………………… c) nr domu ………. d) nr lokalu …………......

e) kod pocztowy ………………..……. f) poczta ………………………...……….………

1. Adres zamieszkania:

a) miejscowość ………………………………

b) ulica ………………………………… c) nr domu ………. d) nr lokalu ………….......

* 1. kod pocztowy ………………..……. f) poczta ………………………...……….……….

1. Urząd Skarbowy w …………………………….. ul. ……………………….. nr …..
2. Narodowy Fundusz Zdrowia (oddział) …………………………………………………
3. Data rozpoczęcia szkolenia ……………………………
4. Czy osoba pobiera emeryturę lub rentę\*? (od kiedy do kiedy)……………………………..
5. Stopień niepełnosprawności: □ lekki, □ umiarkowany, □ znaczny

\*Proszę podkreślić rodzaj pobieranego świadczenia

………………..………………………….

(data i podpis)