Zał. nr 2

ZGŁOSZENIE DANYCH O CZŁONKACH RODZINY DLA CELÓW UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

**I.DANE IDENTYFIKACYJNE CZŁONKA RODZINY OSOBY UBEZPIECZONEJ UPRAWNIONEGO DO ŚWIADCZEŃ Z UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Data i miejsce urodzenia (dd/mm/rrrr) |
| Rodzaj dokumentu\*1. Paszport (dot. cudzoziemców)
 |  | Pesel |
|  |

\*podkreślić właściwe

II. Stopień pokrewieństwa/powinowactwa ………………………………………………………….

III. Stopień niepełnosprawności …………………………………………………………………..…

**IV. ADRES ZAMIESZKANIA** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zamieszkania ubezpieczonego)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Kraj | Województwo | Powiat |
| Gmina | Ulica / osiedle | Nr domu | Nr lokalu |
| Miejscowość | Kod pocztowy | Poczta |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Uniwersytet Papieski Jana Pawła II w Krakowie danych osobowych zawartych we wniosku oraz ich przekazanie do Zakładu Ubezpieczeń Zdrowotnych oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r.(Dz.U. Nr 133, poz.883) o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Świadomy o odpowiedzialności karnej z art. 233 § 1 kk oświadczam, że dane zawarte we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

………………………    …………………………

 data podpis składającego oświadczenie