Zał. nr 1

WNIOSEK O:

□ ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

□ ZGŁOSZENIE ZMIAN DANYCH

□ STUDENTA □ DOKTORANTA Uniwersytetu Papieskiego Jana Pawła II w Krakowie

**I.DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA (wg dowodu osobistego)**

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

\*podkreślić właściwe

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

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

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

1. NFZ właściwe dla miejsca zamieszkania (wpisać województwo) ………………………..
2. Stopień niepełnosprawności………….……………………………………………………...  
   ważność orzeczenia od…………..…………….….….do…………………………..……….

data wydania i numer orzeczenia…………………………………………….………………

**IV. ADRES ZAMELDOWANIA**

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

**V**. **ADRES ZAMIESZKANIA** (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania)

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

**VI.** **ADRES DO KORESPONDENCJI** (wpisać, jeśli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania lub adres zamieszkania)

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

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 10.05.2018 r. poz. 1000) o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1781 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 wniosek