Załącznik 3

**DANE DO ZGŁOSZENIA ZLECENIOBIORCY DO UBEZPIECZEŃ   
SPOŁECZNYCH I UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO**

Prosimy o wypełnienie DRUKOWANYMI literami i zaznaczenie w odpowiednich kratkach znakiem „x” właściwych danych

|  |  |
| --- | --- |
| PESEL | |\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| |
|  | |
| Nazwisko |  |
| Imiona |  |
| Miejsce i data urodzenia (dzień-miesiąc-rok) | |\_\_||\_\_|-|\_\_||\_\_|-|\_\_||\_\_||\_\_||\_\_| |
| Nazwisko rodowe |  |
| Obywatelstwo |  |
| Płeć | M |\_\_| - mężczyzna  K |\_\_| - kobieta |
| Ustalone prawo do emerytury lub renty | 0 |\_\_| - osoba, która nie ma ustalonego prawa do emerytury lub renty  1 |\_\_| - osoba, która ma ustalone prawo do emerytury  2 |\_\_| - osoba, która ma ustalone prawo do renty |
| Stopień niepełnosprawności | 0 |\_\_| - osoba nie posiadająca orzeczenia o niepełnosprawności lub osoba, która posiada orzeczenie i nie przedłożyła go płatnikowi składek  1 |\_\_| - osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o lekkim stopniu niepełnosprawności  2 |\_\_| - osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o umiarkowanym stopniu niepełnosprawności  3 |\_\_| - osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności  4 |\_\_| - osoba, która przedłożyła płatnikowi składek orzeczenie o niepełno-sprawności wydawane osobom do 16 roku życia |
| Oddział Narodowego  Funduszu Zdrowia |  |
| Kod zawodu |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu** | **Adres zamieszkania** (wpisać, jeżeli jest inny niż adres zameldowania) | **Adres do korespondencji** |
| **Kod pocztowy** | |\_\_||\_\_|-|\_\_||\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_|-|\_\_||\_\_||\_\_| | |\_\_||\_\_|-|\_\_||\_\_||\_\_| |
| **Miejscowość** |  |  |  |
| **Gmina/Dzielnica** |  |  |  |
| **Województwo** |  |  |  |
| **Powiat** |  |  |  |
| **Ulica** |  |  |  |
| **Numer domu** |  |  |  |
| **Numer lokalu** |  |  |  |