

**WNIOSEK O OBJĘCIE DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM  
W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, RĘCZNIE LUB ELEKTRONICZNIE

**PESEL (якщо є)**

PESEL<sup>1</sup>

NIP

**Серія і номер паспорту**

seria i numer dowodu osobistego lub paszportu

**Władze Ukrainy**

wydany przez

**Ім'я, прізвище, громадянство**

imię i nazwisko, obywatelstwo

**Дата народження**

data urodzenia

**Адрес проживання в Польщі (вулиця, номер будинку, номер квартири)**

ulica, nr domu, nr mieszkania

**Поштовий індекс Rzeszów**

kod pocztowy, miejscowość

**Номер мобільного телефону, емейл**

telefon kontaktowy, adres poczty elektronicznej

Zgłaszani członkowie rodziny <sup>2,3</sup> **Члени сім'ї (не обов'язково)**

- |                    |                 |                       |
|--------------------|-----------------|-----------------------|
| 1) .....           | .....           | .....                 |
| PESEL <sup>1</sup> | imię i nazwisko | stopień pokrewieństwa |
| 2) .....           | .....           | .....                 |
| PESEL <sup>1</sup> | imię i nazwisko | stopień pokrewieństwa |
| 3) .....           | .....           | .....                 |
| PESEL <sup>1</sup> | imię i nazwisko | stopień pokrewieństwa |



z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

**Rzeszów, дата**  
**підписання угоди з NFZ**  
.....  
miejscowość, data,

**Ім'я та прізвище**  
.....  
podpis

**Objaśnienia:**

- <sup>1</sup> w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu
- <sup>2</sup> w przypadku potrzeby należy rozszerzyć część dotyczącą zgłaszanych członków rodziny
- <sup>3</sup> nie dotyczy osób, o których mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1-4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych
- <sup>4</sup> niepotrzebne skreślić