

Wniosek o objęcie ubezpieczeniem
osoby pobierającej świadczenie pielęgnacyjne

- ubezpieczenie zdrowotne
 - ubezpieczenie społeczne
 - ubezpieczenie zdrowotne i społeczne
- * właściwe podkreślić

Imię i nazwisko

Data urodzenia

Adres stałego zamieszkania

(miejscowość)

.....
(ulica, nr domu i lokalu)

Numer PESEL.....

**Dane członków rodziny zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego/małżonek ,dzieci,wstępni
pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym/:**

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....PESEL.....

Stopień pokrewieństwa.....

Adres zamieszkania.....

/ w przypadku innego niż świadczeniobiorcy/

Imię i nazwisko.....

Data urodzenia.....PESEL.....

Stopień pokrewieństwa.....

Adres zamieszkania.....

/ w przypadku innego niż świadczeniobiorcy/

**Zobowiązuję się do powiadomienia MOPS o zmianie danych osobowych , a także o powstaniu
prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu.**

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis