

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UZUPEŁNIAJĄCY DLA OSOBY ZATRUDNIONEJ

1 Imię(imiona) i nazwisko:

2 Numer ewidencyjny PESEL:

3 Numer identyfikacji podatkowej (NIP) (tylko prowadzenia działalności gospodarczej):

4 Urząd skarbowy:

5 Stan rodzinny

(proszę podawać tylko gdy chce Pani/Pan objąć te osoby ubezpieczeniem zdrowotnym, imiona i nazwiska oraz daty urodzenia i numery PESEL dzieci)

6 Adres zamieszkania:

7 Nr rachunku bankowego (chyba, że został złożony wniosek o wypłatę do rąk własnych):

8 Oświadczam, że mam ustalone / nie mam ustalonego prawa do emerytury/renty.

Jeżeli tak, proszę o podanie nr świadczenia i instytucji, z której jest pobierana:

9 Oświadczam, że posiadam / nie posiadam orzeczenie o niepełnosprawności.

Jeżeli tak, proszę podać stopień oraz okres ważności od-do:

10 Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (podanie tym danych jest dobrowolne):

11 Oświadczenie

Oświadczam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z prawdą.

Miejscowość, data, podpis pracownika