

Radom, dnia

.....
(imię i nazwisko pracownika)

.....
(jednostka organizacyjna UTH Radom)

**UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE
- ZGŁOSZENIE / WYREJESTROWANIE CZŁONKA RODZINY -**

Proszę o zgłoszenie do /wyrejestrowanie z * ubezpieczenia zdrowotnego z **dniem**
członka mojej rodziny:

DANE CZŁONKA RODZINY:

- PIERWSZE IMIĘ.....

- NAZWISKO

- DATA URODZENIA

- PESEL

- STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA

- ADRES ZAMIESZKANIA

.....
- pozostaje we wspólnym gospodarstwie z osobą ubezpieczoną: TAK / NIE *

- pozostaje na wyłącznym utrzymaniu pracownika: TAK / NIE *

- posiada stopień niepełnosprawności: TAK / NIE *

UWAGA:

Zobowiązuję się pisemnego poinformowania pracodawcy o uzyskaniu przez członka rodziny prawa do ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, bądź innych okolicznościach powodujących obowiązek wyrejestrowania członka rodziny z ubezpieczenia zdrowotnego **w terminie 7 dni** od dnia ich zaistnienia.

.....
(Data i czytelny podpis pracownika)

* niepotrzebne skreślić