# ………………………………………….……….……………… Poznań, dnia……….………………

(imię i nazwisko)

**Proszę o zgłoszenie przy moim ubezpieczeniu zdrowotnym członka rodziny**

……………………………………………………….………… **z dniem** ……………………………………………..…………..….**.**

(stopień pokrewieństwa – np. współmałżonek, dziecko itp.)

# Dane członka rodziny

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

Imię ……………………………………………………………….. Nazwisko ………………………………………………………………

Adres zamieszkania:

Ulica …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Numer domu ……………………………………………….. Numer lokalu ……………………………………………………………..

Kod pocztowy …………………………………………………….. Miejscowość …………………………………………………….

Czy pozostaje z osobą ubezpieczoną we wspólnym gospodarstwie domowym TAK / NIE

Czy posiada stopień niepełnosprawności TAK / NIE

Zobowiązuję się do poinformowania wyżej wymienionej osoby o Administratorze danych.

Informacje znajdują się na stronie https://amuz.edu.pl/rodo/

…………………………………………………………….

podpis

**Proszę o wyrejestrowanie z mojego ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny**
**z dniem………………………………………………….:**

……………………………………..…, …………………………………………………………………………….……………………..……………

(współmałżonek, dziecko itp.) (imię i nazwisko)

…………………………………………………………….

podpis