

.....
(imię i nazwisko)

Poznań, dnia.....

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