

Nazwisko

Tarnowskie Góry, dnia

dzień	mies.	rok

Imię

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Powiatowy Urząd Pracy
w Tarnowskich Górach**

**WNIOSEK
o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny**

Wnioskuje o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego następujących członków rodziny:

Lp.	Imię i nazwisko	PESEL	Stopień pokrewieństwa
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Powiatowy Urząd Pracy w Tarnowskich Górach danych osobowych wymienionych wyżej niepełnoletnich członków mojej rodziny dla celów wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zm.) w celu zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

Podanie przez Panią/Pana danych osobowych członków rodziny jest obowiązkowe w celu zgłoszenia przez Powiatowy Urząd Pracy do ubezpieczenia zdrowotnego. W przypadku niepodania danych osobowych, niewyrażenia zgody, odmowy podpisu nie można dokonać zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
podpis