



AMAZON FULFILLMENT POLAND Sp. z o.o.

Ul. Poznańska 1d, Sady
62-080 Tarnowo Podgórne
NIP PL 5252546391

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA/WYREJESTROWANIA* CZŁONKÓW RODZINY –
UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE NFZ (ZUS ZCNA)**

Imię	
Nazwisko	
Login	

	I członek rodziny	II członek rodziny	III członek rodziny
Imię i nazwisko			
Stopień pokrewieństwa, powinowactwa			
Data urodzenia			
Adres zamieszkania			
PESEL			
Nr dowodu osobistego			
Orzeczony stopień niepełnosprawności			

*niepotrzebne skreślić

Data zarejestrowania			
Data wyrejestrowania			

OŚWIADCZENIE/DECLARATION

Oświadczam, że następujący z powyższych członków rodziny pozostają ze mną we wspólnym gospodarstwie domowym:

I declare that following of these family members are staying together with me in household:

Niniejszym oświadczam, że wraz ze mną do ubezpieczenia zdrowotnego powinni być zgłoszeni wymienieni wyżej członkowie mojej rodziny, którzy nie są zarejestrowani w Urzędzie Pracy jako bezrobotni / nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

Herewith I declare that myself and the following members of my family, which are not register at Work Office as unemployed / do not have another title for insurance should be registered with the health insurance.

Zobowiązuję się niezwłocznie informować pracodawcę o wszelkich zmianach danych objętych niniejszym oświadczeniem, w szczególności o utracie uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego przez członka rodziny (np. podjęcie zatrudnienia, przyznanie emerytury lub renty, rejestracja w Urzędzie Pracy).

I declare that I will inform the employer immediately about any changes to the information contained in this declaration, especially regarding the losing of rights to health insurance by a family member (ex. starting work, pension benefits, registration at Work Office).

.....
(data i podpis pracownika)