**POLITECHNIKA WARSZAWSKA**

**PL.POLITECHNIKI 1**

**00-661 WARSZAWA**

Warszawa, dnia ........................................

......................................................................

*(imię i nazwisko pracownika)*

......................................................................

*(jednostka organizacyjna)*

.....................................................................

*(stanowisko)*

**Biuro Spraw Osobowych**

**Politechniki Warszawskiej**

**Wniosek**

**o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny**

Uprzejmie proszę o zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych od dnia………………………………………… mojego dziecka/ męża/ żony :

……………………………………………………………..., data urodzenia …………………..… nr PESEL………………………………………

*imię i nazwisko*

adres zamieszkania ..........................................................................................................................................

W/w członek rodziny:

*posiada*/ *nie posiada \*)* orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

*pozostaje*/ *nie pozostaje\*)* we wspólnym gospodarstwie domowym

…………………………………..…………………………

*Podpis pracownika*

\*)niepotrzebne skreślić