

**dla celów ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego osoby
pobierającej świadczenie pielęgnacyjne, specjalny zasiłek opiekuńczy
lub zasiłek dla opiekuna**

PESEL

Strona 1

DANE O KASIE CHORYCH

Nazwa Kasy Chorych

.....

ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE (ulica, nr domu/numer lokalu, kod pocztowy)

AKTUALNY TELEFON

.....

.....

ADRES ZAMIESZKANIA (ulica, nr domu/numer lokalu, kod pocztowy) – *wpisać jeśli jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu*

.....

.....

ADRES DO KORESPONDENCJI (ulica, nr domu/numer lokalu, kod pocztowy) - *wpisać jeśli jest inny niż adres zamieszkania*

.....

.....

.....

data

.....

podpis