

Dane osobowe do ZUS

pracownika Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Uwaga !

1. Wypełnienie danych pisanych **łustym drukiem** obowiązkowe.
2. Zwrot formularza do Działu Kadr i Szkolenia.

Nazwisko	
Imię (pierwsze)	
PESEL	
NIP	
Rodzaj dokumentu, jego seria i nr (1-dowód osobisty <u>lub</u> 2-paszport)	
Data urodzenia	
Imię (drugie)	
Nazwisko rodowe	
Obywatelstwo	
Czy emeryt / rencista? (E / R) lub stopień niepełnosprawności	
Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, do którego należy osoba ubezpieczona	
Adres zameldowania na stałe miejsce pobytu (kod pocztowy, miejsowość, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon, fax)	
Adres zamieszkania, jeśli inny niż adres zameldowania (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon, fax)	
Adres do korespondencji, jeśli inny niż adres zameld. i adres zamieszkania (kod pocztowy, miejsowość, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon, fax)	

Dane osób pozostających na utrzymaniu ubezpieczonego (dziecko, żona, matka, ojciec itd.)

	1	2	3
Nazwisko			
Imię (pierwsze)			
PESEL			
NIP			
Data urodzenia			
Stopień pokrewieństwa z osobą ubezpieczoną			
Czy pozostaje na wyłącznym utrzymaniu osoby ubezpieczonej? (T/N)			
Czy pozostaje we wspólnym gospod. domowym z osobą ubezpieczoną? (T/N)			
Rodzaj dokumentu, jego seria i nr (1-dowód osobisty lub 2-paszport)			
Czy osoba niepełnosprawna? (lekki, umiarkowany, znaczny stopień niepełnosprawności)			
Adres zamieszkania, jeśli jest inny niż osoby ubezpieczonej (kod pocztowy, miejscowość, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, telefon, fax)			

.....
data podpis pracownika