**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