

ZUS P ZZA

I. DANE ORGANIZ. 01. ZGŁOSZENIE DO UBEZP. ZDROWOTNEGO

ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO /
ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH

X 02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (1) / KOREKTY (2) DANYCH

03.

04.

II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK

POLA: 01. - DATA NADANIA (WYPEŁNIA ZUS) 02. - NALEPKA R (WYPEŁNIA ZUS)

01. NUMER NIP 5262113564 02. NUMER REGON 015535838 03. NUMER PESEL 78011600476
05. SERIA I NUMER DOKUMENTU 06. NAZWA SKRÓCONA HILAB STUDIO
07. NAZWISKO ROJEWSKI 08. IMIĘ PIERW. PIOTR
09. DATA URODZENIA 16.01.1978

04. RODZAJ
DOKUMENTU

III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. NUMER PESEL 78011600476 02. NUMER NIP 5262113564 03. RODZAJ DOKUMENTU
04. SERIA I NUMER DOKUMENTU
05. NAZWISKO ROJEWSKI
06. IMIĘ PIERWSZE PIOTR 07. DATA URODZENIA 16.01.1978

IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA

01. IMIĘ DRUGIE ROBERT 02. NAZWISKO RODOWE ROJEWSKI
03. OBYWATELSTWO POLSKIE 04. PŁEĆ M

V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA

01. KOD TYT. UBEZP. 05 70 0 0

VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. DATA POWSTANIA OBOWIĄZKU UBEZPIECZENIA 01.09.2011 02. KOD ODDZIAŁU NFZ 07R

VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM

01. DATA ROZPOCZECIA UBEZPIECZENIA 02. KOD ODDZIAŁU NFZ

VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE
MIEJSCE POBYTU

01. KOD 02-339 02. MIEJSC. WARSZAWA
03. GMINA / DZIELNICA CENTRUM 04. ULICA GRÓJECKA
05. NR DOMU 66 06. NR LOKALU 53 07. NR TELEFONU 514848914 08. ZAGR. KOD POCZT.

IX. ADRES ZAMIESZKANIA

01. KOD 02. MIEJSC.
03. GMINA / DZIELNICA 04. ULICA
05. NR DOMU 06. NR LOKALU 07. NR TELEFONU 08. ZAGR. KOD POCZT.

X. ADRES DO KORESPONDENCJI

01. KOD 02. MIEJSC.
03. ULICA 04. NR DOMU 05. NR LOKALU
06. SKRYT. POCZTOWA 07. NR TELEFONU 08. ZAGR. KOD POCZT.

09. ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK

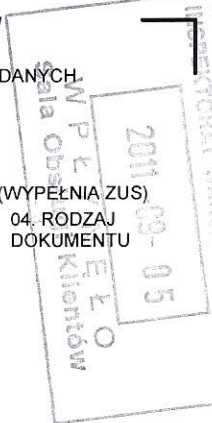
01. DATA WYPEŁNIENIA 05.09.2011

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU
SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM.
JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ
ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ /
ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZEŃ

OŚWIADCZAM, ŻE DANE ZAWARTE W FORMULARZU
SĄ ZGODNE ZE STANEM PRAWNYM I FAKTYCZNYM.
JESTEM ŚWIADOMY(-MA) ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ
ZA ZEZNANIE NIEPRAWDY LUB ZATAJENIE PRAWDY.

PODPIS PŁATNIKA LUB OSOBY UPOWAŻNIONEJ, PIECZĄTKĘ PŁATNIKA ORAZ PODPIS OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZEŃ POTWIERDZAJĄCE
DANE ZAWARTE NA PIERWSZEJ STRONIE DOKUMENTU NALEŻY UMIEŚCIĆ NA DOLE DRUGIEJ STRONY DOKUMENTU.



Asseco Poland SA; 6.01.001