

WNIOSEK O UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE MOPS

DANE WNIOSKODAWCY:

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Data urodzenia: _____

Adres zamieszkania: _____

Telefon kontaktowy: _____

Adres e-mail: _____

DANE DO UBEZPIECZENIA:

Typ ubezpieczenia: _____

Zakres ubezpieczenia: _____

Okres ubezpieczenia (od - do): _____

Numer konta do zwrotu składek: _____

OŚWIADCZENIA WNIOSKODAWCY:

1. Oświadczam, że dane podane we wniosku są zgodne z prawdą. 2. Zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w celu realizacji wniosku o ubezpieczenie zdrowotne. 3. Przedstawiono mi informacje o prawach i obowiązkach wynikających z przepisów dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego. 4. Zobowiązuję się do niezwłocznego informowania MOPS o wszelkich zmianach danych podanych we wniosku.

MIEJSCE I DATA: _____

PODPIS WNIOSKODAWCY: _____

PODPIS PRZYJMUJĄCEGO WNIOSEK

PODPIS WNIOSKODAWCY

Podpis: _____

Podpis: _____

Oryginalne źródło tego dokumentu:

<https://wniosek-doradca.com/wniosek-o-ubezpieczenie-zdrowotne-mops-wzor/>

Czy ten wzór był dla Ciebie pomocny?

Zobacz więcej zaktualizowanych wzorów na stronie:

<https://wniosek-doradca.com>

Zobacz więcej wzorów

Ten wzór jest przeznaczony wyłącznie do użytku osobistego i niekomercyjnego.
Każde udostępnienie lub publikacja musi zawierać wskazanie źródła.

Ten wzór ma charakter wyłącznie informacyjny i nie stanowi porady prawnej.
W przypadku konkretnych sytuacji zaleca się konsultację z wykwalifikowanym specjalistą.