**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA/**

**QUESTIONNAIRE FOR EMPLOYEES**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko/ Name(s) and surname : ..............................................................................................................................    a) nazwisko rodowe/ family name: ............................................................................................................................................  b) imiona rodziców/ parents’ names: ojciec /father .................................................. matka/mather ................................................. | |
| 2. Data i miejsce urodzenia/ Date and place of birth: ……………………………………………………………………………….. | |
| 3. Numer ewidencyjny (PESEL)/  Personal identification number (PESEL) | 4. Numer identyfikacji podatkowej (NIP)/  Tresury identification number (NIP) |
| 5. Stan rodzinny ( imiona i nazwisko oraz daty urodzenia)/ Family ( names, surname and birth dates):.  Dzieci/children:  a) ................................................... data urodzenia/ date of birth ………………………………    b) …………………………………. data urodzenia/ date of birth ………………………………  c) ………………………………… data urodzenia/ date of birth ………………………………  d) ………………………………… data urodzenia/ date of birth ……………………………… | |
| 6. **Miejsce zameldowania/**  **Domicile:** ……………………………………..…………… …………………………  *ulica/ street nr domu, mieszkania/ house and flat number*    …………………… …………………………………………………………….. ……………………………  *kod/ postal code miejscowość, gmina,dzielnica/ town, county,quarter telefon/ telephone number*  **Miejsce zamieszkania/**  **Current address:** ……………………………………..…………… …………………………  *ulica/ street nr domu, mieszkania/ house and flat number*    …………………… …………………………………………………………….. ……………………………  *kod/ postal code miejscowość, gmina,dzielnica/ town, county,quarter telefon/ telephone number*  **Adres do korespondencji/**  **Correspondence address:** ……………………………………..…………… …………………………  *ulica/ street nr domu, mieszkania/ house and flat number*    …………………… …………………………………………………………….. ……………………………  *kod/ postal code miejscowość, gmina,dzielnica/ town, county,quarter telefon/ telephone number*  **Adres do PIT/**  **TAX form address:** ……………………………………..…………… …………………………  *ulica/ street nr domu, mieszkania/ house and flat number*    …………………… …………………………………………………………….. ……………………………  *kod/ postal code miejscowość, gmina,dzielnica/ town, county,quarter telefon/ telephone number* | |
| 7. Powszechny obowiązek obrony/Military enlistment:   1. stosunek do powszechnego obowiązku obrony/attitude towards mandatory enlistment: ..................................................................................................................................................................................................... 2. stopień wojskowy/military rank: ................................................................................................................................................ 3. numer specjalności wojskowej/ military specialisation number: ............................................................................................... 4. przynależność ewidencyjna do WKU/Enlistment Commission participation: .................................................................................................................................................................................................... 5. numer książeczki wojskowej/ military card no. ......................................................................................................................... 6. przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP/ mobilisation allocation ..................................................................................... | |
| 8. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, adres, telefon)/ Person to be notified in case of accident (name, surname, address, telephone number):......................................................................................................................................... ........................ ......................................................................................................................................................................................... | |
| 9. Oświadczam, że dane zawarte w pkt.1-3 oraz w pkt. 6 są zgodne z dowodem osobistym/ I declare the data supplied in points 1-3 and point 6 to be in agreement with the identity card  seria/ series ...................nr/no. ........................................ wydanym przez / issued by ..........................................................................  .................................................................. w/in ...........................................................dnia/on (date) ...............................................  albo innym dowodem tożsamości/ or another document proving my identity: .................................................................................  .............................................................................................................................................................................................................. | |
| 10. Oświadczam, że należę do/I confirm I am assigned to the ………………………………………….. Oddziału Wojewódzkiego  podać nazwę/ name  Narodowego Funduszu Zdrowia/Branch of the National Health Fund. | |

........................................................................ ......................................................................................

*miejscowość i data/ date and place podpis osoby składającej kwestionariusz/ employee’s signature*