**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*