**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY DLA PRACOWNIKA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Imię (imiona) i nazwisko ............................................................................................................................................................    a) nazwisko rodowe .............................................................................................................................................................  b) imiona rodziców ojciec ............................................................ matka ..........................................................................  c) nazwisko rodowe matki ............................................................................................................................................................ | |
| 2. Data i miejsce urodzenia | |
| 3. Numer ewidencyjny (PESEL) | 4. Numer identyfikacji podatkowej (NIP) |
| 5. Stan rodzinny ( imiona i nazwisko oraz daty urodzenia)  dzieci: a) ................................................... data urodzenia ………………………………    b) …………………………………. data urodzenia ……………………………..  c) ………………………………… data urodzenia …………………………….  d) ………………………………… data urodzenia ……………………………. | |
| 6. **Miejsce zameldowania** …………………………………….. ………………………………………  *(ulica)* *(nr domu, mieszkania)*    ……………………………… ………………………………………………. ……………………………  *(kod) ( miejscowość, gmina/dzielnica) ( telefon)*  **Miejsce zamieszkania** …………………………………. …………………………………….  *(ulica)* *(nr domu, mieszkania)*    ……………………………… ………………………………………………. ……………………………  *(kod) ( miejscowość, gmina/dzielnica) ( telefon)*  **Adres do korespondencji**  ……………………………………. …………………………………….  *(ulica)* *(nr domu, mieszkania)*    ……………………………… ………………………………………………. ……………………………  *(kod) ( miejscowość, gmina/dzielnica) ( telefon)*  **Adres do PIT** …………………………………… ………………………………………  *(ulica) (nr domu, mieszkania)*  ……………………………... …………………………………………… ……………………………  *(kod) (miejscowość, gmina/dzielnica) (telefon)* | |
| 7. Powszechny obowiązek obrony   1. stosunek do powszechnego obowiązku obrony ......................................................................................................................... 2. stopień wojskowy.......................................................... numer specjalności wojskowej .......................................................... 3. przynależność ewidencyjna do WKU ....................................................................................................................................... 4. numer książeczki wojskowej ..................................................................................................................................................... 5. przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP ............................................................................................................................ | |
| 8. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (imię, nazwisko, adres, telefon)  .............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................. | |
| 9. Oświadczam, że dane zawarte w pkt.1-3 oraz w pkt. 6 są zgodne z dowodem osobistym  seria ...................nr ........................................ wydanym przez ........................................................................................................  .................................................................. w ...........................................................dnia ................................................................  albo innym dowodem tożsamości ......................................................................................................................................................  ..............................................................................................................................................................................................................  ............................................................................................................................................................................................................. | |
| 10. Oświadczam, że należę do ……………………………………..Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.  podać nazwę | |

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

*(miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz)*