

## DANE IDENTYFIKACYJNE

INDEKS PODMIOTU

## PROSZĘ WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Lp.	Wyszczególnienie		Dane pracownika			
1	Nazwisko					
2	Nazwisko rodowe					
3	Imiona					
4	Imiona rodziców: (ojca, matki)					
5	DATA/Miejsce urodzenia					
6	PESEL					
7	Dowód osobisty/paszport: seria, nr					
	M. wydania	Wydany przez				
	Data wydania	Data ważności				
8			Adres zameldowania		Adres zamieszkania	
9	Miejscowość					
10	gmina	Powiat				
11	Kod pocztowy	poczta				
12	Ulica, nr domu/mieszkania					
14	Telefon / e-mail					
15	Urząd Skarbowy / NFZ					
16	Stan cywilny / wykształcenie					
17	Jestem emerytem lub rencistą		TAK		NIE	
	Nr emerytury / renty					
18	Proszę o zgłoszenie następujących członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego:					
	Stopień pokrewieństwa					
	Imię i nazwisko					
	PESEL i data urodzenia					
	Stopień niepełnosprawności					
	Czy zamieszkuje we wspólnym gospodarstwie domowym? (TAK/NIE)					
19	Oświadczam, że moje miejsce zamieszkania jest zgodne z miejscem pracy (TAK/NIE)					
20	Data wystawienia					
21	Podpis pracownika: Składając niniejszy podpis jednocześnie oświadczam, że dane zawarte w poz. od 1 do 20 są zgodne z prawdą.					
22	Rodzaj umowy o pracę	Czas nieokreślony	Okres próbny, czas określony	Od dnia	Do dnia	
23	Wymiar etatu: Pełny, ½, ¼, 1/8		Stanowisko:			
24	Wynagrodzenie:					
25	Miejsce pracy (adres)					
<b>POUCZENIE.</b> Pracownik wypełnia pozycje od 1 do 21. Pracodawca wypełnia pozycje od 22 do 25. ZA SKUTKI PRAWNE WYNIKAJĄCE Z NIEPRAWIDŁOWEGO WYPEŁNIENIA ARKUSZA w poz. od 1 do 20 ODPOWIADA PRACOWNIK. ZA SKUTKI PRAWNE WYNIKAJĄCE Z NIETRMINOWEGO ZŁOŻENIA ARKUSZA ODPOWIADA PRACODAWCA.			<b>INFORMACJA.</b> Powyższe dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych i służą dla celów przewidzianych w Ordynacji podatkowej i Ustawie o ubezpieczeniach społecznych.			