

**WNIOSEK O OBJĘCIE WOLONTARIUSZA DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM
ZDROWOTNYM W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, DŁUGOPISEM LUB PIÓREM

Dane korzystającego

.....
.....
.....
Nazwa¹

.....
NIP

.....
.....
Siedziba²

Dane zgłaszanego do ubezpieczenia wolontariusza

.....
PESEL³

.....
nr NIP

.....
seria i numer dowodu osobistego lub paszportu⁴

.....
wydany przez

.....
imię i nazwisko, obywatelstwo

.....
data urodzenia

.....
ulica, nr domu, nr mieszkania

.....
kod pocztowy, miejscowość

..... **Oddział**
Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
z siedzibą w

¹ Wpisać korzystającego, tj. organizację, podmiot, organ organizacji publicznej, jednostkę organizacyjną, o której mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz. U. Nr 96, poz. 873)

² Wpisać dokładny adres siedziby korzystającego: ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy

³ W przypadku cudzoziemców w polu PESEL należy wpisać numer i serię karty pobytu

Zwracam się z prośbą o objęcie wolontariusza dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu

Zdrowia od dnia

(dzień)

(miesiąc)

(rok)

.....
miejsowość, data

.....
podpis korzystającego

OŚWIADCZENIE WOLONTARIUSZA:

Oświadczam, że:

- 1) nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu;
- 2) okres, w którym nie podlegałem/łam ubezpieczeniu zdrowotnemu wynosi mniej niż 3 miesiące/ wynosi miesiące.⁵

Oświadczam, że wszystkie dane osobowe podane przeze mnie we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jestem świadoma/y odpowiedzialności prawnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w..... przy ul. są przetwarzane w celach wynikających z art. 141 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

.....
miejsowość, data

.....
podpis wolontariusza

⁴ W przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL lub numeru NIP należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu

⁵ niepotrzebne skreślić