

UWAGA! Wszystkie pola tekstowe proszę wypełnić **DUŻYMI** literami.

NAZWISKO																				
Pierwsze imię																				
Drugie imię																				
PESEL																				
NIP																				
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)			-		-															
Narodowość																				
Miejsce urodzenia																				
Nazwisko rodowe																				
Imię ojca oraz matki																				
Obywatelstwo																				
Oddział NFZ (proszę wybrać nr z poniższej listy)				R																

01R – Dolnośląski Oddział NFZ we Wrocławiu; **02R** – Kujawsko-Pomorski Oddział NFZ w Bydgoszczy; **03R** – Lubelski Oddział NFZ w Lublinie; **04R** – Lubuski Oddział NFZ w Zielonej Górze; **05R** – Łódzki Oddział NFZ w Łodzi; **06R** – Małopolski Oddział NFZ w Krakowie; **07R** – Mazowiecki Oddział NFZ w Warszawie; **08R** – Opolski Oddział NFZ w Opolu; **09R** – Podkarpacki Oddział NFZ w Rzeszowie; **10R** – Podlaski Oddział NFZ w Białymstoku; **11R** – Pomorski Oddział NFZ w Gdańsku; **12R** – Śląski Oddział NFZ w Katowicach; **13R** – Świętokrzyski Oddział NFZ w Kielcach; **14R** – Warmińsko-Mazurski Oddział NFZ w Olsztynie; **15R** – Wielkopolski Oddział NFZ w Poznaniu; **16R** – Zachodniopomorski Oddział NFZ w Szczecinie.

ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA:

Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Gmina
Powiat	Województwo	Poczta

ADRES ZAMIESZKANIA: (podać w przypadku, kiedy jest inny niż zameldowania)

Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Gmina
Powiat	Województwo	Poczta

ADRES DO KORESPONDENCJI: (podać w przypadku, kiedy jest inny niż zameldowania)

Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Miejscowość	Kod pocztowy	Gmina
Powiat	Województwo	Poczta

Telefon kontaktowy																				
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Urząd Skarbowy																				
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Proszę o przekazywanie uzyskanego przeze mnie wynagrodzenia z tytułu wykonywanej umowy zlecenie oraz innych świadczeń w formie:

<input type="checkbox"/> Gotówki	<input type="checkbox"/> Przelewu na konto bankowe	
	<input type="checkbox"/> Nazwa banku	
	<input type="checkbox"/> Nr konta bankowego (26 cyfr)	

Oświadczam, iż dane podane w niniejszym oświadczeniu są zgodne z:

- dowodem osobistym
 paszportem

Seria i nr dokumentu		Data wydania		Data ważności	
Organ wydający		Miejsce wydania			

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Data (DD-MM-RRRR)

Podpis Zleceniobiorcy