

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

Imiona Nazwisko

Nazwisko rodowe Imiona rodziców

Data i **miejsce** urodzenia

PESEL NIP (tylko działalność, VAT*)

Obywatelstwo

Oddział NFZ

Adres zamieszkania: (zgodny z adresem podanym do Urzędu Skarbowego, niezgłoszenie organom podatkowym miejsca zamieszkania jest wykroczeniem skarbowym)

Kraj Województwo Powiat

Gmina Miejscowość

Ulica nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Poczta Telefon

Adres do korespondencji: (jeżeli inny niż zamieszkania)

Kraj Województwo Powiat.....

Gmina Miejscowość

Ulica nr domu Nr lokalu

Kod pocztowy Poczta

Wykształcenie (nazwa szkoły i rok jej ukończenia).....

Zawód (specjalność, stopień, tytuł zawodowy – naukowy).....

Wykształcenie uzupełniające (kursy, studia podyplomowe, data ukończenia/rozpoczęcia w przypadku trwania).....

Przebieg dotychczasowego zatrudnienia (miesiąc/rok zatrudnienia, nazwa firmy)

..... cd str.2

* osoby fizyczne objęte rejestrem PESEL nieprowadzące działalności gospodarczej lub niebędące zarejestrowanymi podatnikami VAT czy płatnikami ZUS od 1 stycznia 2012 r., nie mogą posługiwać się wcześniej nadanym numerem NIP.

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

Dodatkowe uprawnienia, umiejętności (*prawo jazdy, znajomość języków obcych*).....

.....
.....

Członkowie rodziny zgłaszani do ubezpieczenia zdrowotnego (*imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa, adres, PESEL*)

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

Powszechny obowiązek obrony:

- a. Stosunek do powszechnego obowiązku obrony.....
- b. Stopień wojskowy.....
- c. Przynależność ewidencyjna do WKU.....
- d. Numer książeczki wojskowej.....
- e. Przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych.....

Imię, nazwisko, adres, telefon osoby, którą należy powiadomić w razie wypadku.....

.....

Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1,2,4,6 są zgodne z dowodem osobistym seria i nr

wydanym przez.....

albo innym dowodem tożsamości.....

.....
miejsowość i data

.....
podpis osoby składającej kwestionariusz