

Wypełnić czytelnie drukowanymi literami. Pola zaznaczone *) należy wypełnić obowiązkowo (część A, C)

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

*) A. DANE OBOWIĄZKOWE																
*) A1.1 IMIĘ (IMIONA)																
*) A1.2 NAZWISKO																
imię matki								imię ojca								
*) A2. DATA URODZENIA				dzień				miesiąc				rok				
*) A3. OBYWATELSTWO																
*) A4. NUMER EWIDENCYJNY [PESEL]																
*) A5. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ [NIP] ¹											-			-		
*) A6. MIEJSCE ZAMELDOWANIA																
kod pocztowy								miejscowość								
ulica																
nr domu								nr lokalu								
gmina								powiat								
województwo																
*) A7. ADRES ZAMIESZKANIA (jeśli adres zgodny z A6 należy wpisać j.w.)																
kod pocztowy								miejscowość								
ulica																
nr domu								nr lokalu								
gmina								powiat								
województwo																
*) A8. ADRES DO KORESPONDENCJI (jeśli adres zgodny z A7 należy wpisać j.w.)																
kod pocztowy								miejscowość								
ulica																
nr domu								nr lokalu								
gmina								powiat								
województwo																
*) A9. OŚWIADCZENIE O ZGODNOŚCI DANYCH																
Oświadczam, że dane zawarte w pkt. A1, A2, A4 i A6 są zgodne z dowodem osobistym albo innym dowodem tożsamości (jakim?)																
Data i podpis osoby składającej oświadczenie:																
seria i numer dokumentu										data wydania (dd-mm-rrrr)						
organ wydający																
miejsce wydania																
*) A10. URZĄD SKARBOWY [nazwa i pełny adres właściwego US]																
*) A11. ODDZIAŁ NFZ [nazwa wybranego Oddziału NFZ]																
*) A12. PRAWO DO EMERYTURY [zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „x”]								Mam ustalone prawo do emerytury Tak ☐ Nie ☐								

¹ Uzupełnić, gdy NIP jest identyfikatorem podatkowym

*) A13. PRAWO DO RENTY [zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „x”]		Mam ustalone prawo do renty Tak ☐ Nie ☐		
*) A14. POSIADANE ORZECZENIE O STOPNIU NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI UWAGA! Proszę załączyć kopię orzeczenia [zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „x”]		1. Nie posiadam orzeczenia o stopniu niepełnosprawności ☐ 2. Posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności w stopniu: ▪ lekkim ☐ ▪ umiarkowanym ☐ ▪ znacznym ☐		
B. DANE DODATKOWE				
B1. WYKSZTAŁCENIE UWAGA! Aby uwzględnić wykształcenie przy ustalaniu wymiaru urlopu należy złożyć kopię dokumentu poświadczającego wykształcenie [zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „x”]				
podstawowe ☐		średnie ☐		
zawodowe ☐		wyższe (w tym licencjat) ☐		
nazwa szkoły				
rok jej rozpoczęcia i ukończenia				
zawód, specjalność, stopień, tytuł zawodowy, naukowy				
B2. WYKSZTAŁCENIE UZUPEŁNIAJĄCE [kursy, studia podyplomowe, data ukończenia lub rozpoczęcia nauki w przypadku jej trwania]				
1.				
2.				
3.				
4.				
B3. PRZEBIEG DOTYCHCZASOWEGO ZATRUDNIENIA UWAGA! Aby uwzględnić poprzednie zatrudnienie przy ustalaniu wymiaru urlopu należy złożyć kopię świadectwa pracy				
OKRES		NAZWA ZAKŁADU PRACY	MIEJSCOWOŚĆ	STANOWISKO
OD	DO			
B4. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH [zaznaczyć odpowiedni kwadrat znakiem „x”]				
język:	słaba ☐	średnia ☐	biegła w mowie i piśmie ☐	
język:	słaba ☐	średnia ☐	biegła w mowie i piśmie ☐	
język:	słaba ☐	średnia ☐	biegła w mowie i piśmie ☐	

B5. DODATKOWE UPRAWNIENIA, UMIEJĘTNOŚCI, ZAINTERESOWANIA:	
--	--

Inne (jakie?)

B6. STAN RODZINNY

UWAGA! Aby zgłosić dziecko do ubezpieczenia zdrowotnego należy wypełnić formularz „Zgłoszenie członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego”

imię i nazwisko	data urodzenia dziecka

B7. POWSZECHNY OBOWIĄZEK OBRONY

UWAGA! Aby uwzględnić okres zasadniczej służby wojskowej przy ustalaniu wymiaru urlopu należy złożyć kopię książeczki wojskowej.

stosunek do powszechnego obowiązku obrony			
stopień wojskowy		nr specjalności wojskowej	
przynależność ewidencyjna do WKU			
numer książeczki wojskowej			
przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP			

B8.OSOBA, KTÓRA NALEŻY ZAWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU

[imie i nazwisko, adres, telefon]

[illegible]

***) C. ZGODA NA PRZEKAZYWANIE WYNAGRODZENIA NA KONTO BANKOWE**

Wyrażam zgodę na przekazywanie uzyskanego przeze mnie wynagrodzenia za pracę oraz innych świadczeń związanych z pracą na moje bankowe konto osobiste

Nie ☐ Tak ☐

Data i podpis osoby składającej oświadczenie:

Nazwa i adres Banku

Pełny Nr rachunku (26 cyfr wpisywanych bez spacji):

[illegible]

.....
(miejscowość i data)

.....

(miejscowość i data) (podpis osoby składającej kwestionariusz)

ZGŁOSZENIE CZŁONKÓW RODZINY DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

Wypełnić czytelnie drukowanymi literami

IMIĘ I NAZWISKO PRACOWNIKA													
JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA													
DANE O CZŁONKU RODZINY PRACOWNIKA I													
IMIĘ I NAZWISKO CZŁONKA RODZINY													
DATA URODZENIA	dzień			miesiąc			rok						
NUMER EWIDENCYJNY [PESEL]													
seria i numer dowodu ²								lub paszportu					
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA [zaznaczyć właściwe X]		małżonek											
dziecko własne/ przysposobione/ drugiego małżonka		wnuk/ dziecko obce na wychowaniu											
matka		ojciec											
macocha		ojczym											
babka		dziadek											
osoby przysposabiające ubezpieczonego		inni krewni wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym i nie objęci obowiązkiem ubezp.											
CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ [zaznaczyć właściwe X]								Tak ☐ Nie ☐					
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI [zaznaczyć właściwe X]				brak orzeczenia ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny ☐									
DANE O CZŁONKU RODZINY PRACOWNIKA II													
IMIĘ I NAZWISKO CZŁONKA RODZINY													
DATA URODZENIA	dzień			miesiąc			rok						
NUMER EWIDENCYJNY [PESEL]													
seria i numer dowodu ²								lub paszportu					
STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA [zaznaczyć właściwe X]		małżonek											
dziecko własne/ przysposobione/ drugiego małżonka		wnuk/ dziecko obce na wychowaniu											
matka		ojciec											
macocha		ojczym											
babka		dziadek											
osoby przysposabiające ubezpieczonego		inni krewni wstępni pozostający we wspólnym gospodarstwie domowym i nie objęci obowiązkiem ubezp.											
CZY POZOSTAJE WE WSPÓLNYM GOSPODARSTWIE DOMOWYM Z OSOBĄ UBEZPIECZONĄ [zaznaczyć właściwe X]								Tak ☐ Nie ☐					
STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI [zaznaczyć właściwe X]				brak orzeczenia ☐ lekki ☐ umiarkowany ☐ znaczny ☐									
DANE ADRESOWE CZŁONKÓW RODZINY UWAGA! Wypełnić TYLKO, jeśli inny niż adres osoby ubezpieczonej													
kod pocztowy						miejscowość							
ulica													
nr domu						nr lokalu							
gmina						Nr telefonu							

Oświadczam, że dane zawarte w oświadczeniu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy(a) odpowiedzialności za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

W przypadku zmiany danych zawartych w oświadczeniu zobowiązuję się zgłosić zmiany w formie pisemnego oświadczenia do Etisoft Kraków s.c., w terminie 3 dni od zaistnienia tych zmian.

data i podpis pracownika:

² Uzupełnić jeżeli nie nadano numeru PESEL