

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH		ZUS	ZZA	strona 1	ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO / ZGŁOSZENIE ZMIANY DANYCH	
I. DANE ORGANIZACYJNE						
01. ZGŁOSZENIE DO UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO (jeśli TAK, wpisać X)				02. ZGŁOSZENIE ZMIANY (wpisać - 1) KOREKTY (wpisać - 2) DANYCH ¹⁾		
03. Data nadania (dd / mm / rrrr)				04. Nalepka „R”		
1 1 0 1 2 0 2 5						
II. DANE IDENTYFIKACYJNE PŁATNIKA SKŁADEK						
01. Numer NIP (wpisać bez kresek)				02. Numer REGON		
9 5 4 2 7 9 6 1 3 5						
03. Numer PESEL ²⁾				04. Rodzaj dokumentu: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2		
9 7 0 4 2 5 1 3 3 4 8				2		
05. Seria i numer dokumentu				G G 4 2 3 8 8 2		
06. Nazwa skrócona				K A R Y N A M O V S H A		
07. Nazwisko				M O V S H A		
08. Imię pierwsze				K A R Y N A		
09. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)				2 5 0 4 1 9 9 7		
III. DANE IDENTYFIKACYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA						
01. Numer PESEL ²⁾				02. Rodzaj dokumentu (wypełnić jak pole II.04)		
9 7 0 4 2 5 1 3 3 4 8				2		
03. Seria i numer dokumentu				G G 4 2 3 8 8 2		
05. Nazwisko				M O V S H A		
06. Imię pierwsze				K A R Y N A		
07. Data urodzenia (dd / mm / rrrr)				2 5 0 4 1 9 9 7		
IV. DANE EWIDENCYJNE OSOBY ZGŁASZANEJ DO UBEZPIECZENIA						
01. Imię drugie						
02. Nazwisko rodowe						
03. Obywatelstwo						
04. Płeć (wpisać: K - kobieta, M - mężczyzna)						
K						
V. TYTUŁ UBEZPIECZENIA						
01. Kod tytułu ubezpieczenia ³⁾				02. Kod wykonywanego zawodu ³⁾		
0 5				2 1 6 6 0 4		
VI. DANE O OBOWIĄZKOWYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data powstania obowiązku ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)				02. Kod oddziału NFZ		
1 1 0 1 2 0 2 5				0 6 R		
VII. DANE O DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIU ZDROWOTNYM						
01. Data rozpoczęcia ubezpieczenia (dd / mm / rrrr)				02. Kod oddziału NFZ		
VIII. ADRES ZAMELDOWANIA NA STAŁE MIEJSCE POBYTU						
01. Kod pocztowy				02. Miejscowość		
3 0 0 7 9				K R A K Ó W		
03. Gmina / Dzielnica				K R A K Ó W		
04. Ulica				A L E J A K I J O W S K A		
05. Numer domu				06. Numer lokalu		
5				2 2		
07. Numer telefonu				08. Symbol państwa - załącznik kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)		

01. ADRES ZAMIESZKANIA (wpisać, jeśli adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu)

01. Kód pocztowy 02. Miejscowość

3 0 - 0 7 9 **K R A K Ó W**

03. Gmina / Dzielnica

K R A K Ó W

04. Ulica

A L E J A K I J O W S K A

05. Numer domu 06. Numer lokalu

5 **2 2**

07. Numer telefonu 08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy (wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski)

ADRES DO KORESPONDENCJI (wpisać, jeżeli adres do korespondencji jest inny niż adres zameldowania na stałe miejsce pobytu lub adres zamieszkania)

01. Kod pocztowy _____ 02. Miejscowość _____

03. Ulica _____

04. Numer domu _____ 05. Numer lokalu _____

06. Skrytka pocztowa _____ 07. Numer telefonu _____

08. Symbol państwa - zagraniczny kod pocztowy
(wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski) _____

09. Adres poczty elektronicznej _____

K A R Y N A M O V S H A @ G M A I L . C O M

XI. OŚWIADCZENIE PŁATNIKA SKŁADEK 01. Data wypełnienia (dd / mm / rrrr)	XII. OŚWIADCZENIE OSOBY ZGŁASZANEJ / ZGŁOSZONEJ DO UBEZPIECZENIA
1 1 0 1 2 0 2 5 Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. 02. Podpis płatnika lub osoby upoważnionej	Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jestem świadomy(-ma) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. 01. Podpis osoby zgłaszanej / zgłoszonej do ubezpieczenia
03. Pieczęćka płatnika	

¹⁾W przypadku zmiany danych identyfikacyjnych należy wypełnić formularz ZUS ZIUAA.
²⁾Numer PESEL podaje się, o ile został nadany.
³⁾Dla określonego kodu tytułu ubezpieczenia należy wypełnić formularz ZUS ZAA.