

(pieczęć podmiotu wykonującego
działalność leczniczą) [1]

**WNIOSEK
O POKRYCIE KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU STOMATOLOGII I SZCZEPIEŃ OCHRONNYCH
Z FUNDUSZU WYPADKOWEGO W RAMACH FUNDUSZU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH**

DANE IDENTYFIKACYJNE UBEZPIECZONEGO	
01. Numer PESEL (1) <input style="width: 95%;" type="text"/>	02. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>
04. Nazwisko <input style="width: 95%;" type="text"/>	03. Seria i numer dokumentu <input style="width: 95%;" type="text"/>
05. Imię <input style="width: 95%;" type="text"/>	06. Data urodzenia (dd / mm / rrrr) <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>
(1) Należy wpisać numer PESEL, a jeżeli nie nadano tego numeru, należy wpisać serię i numer dowodu osobistego lub paszportu.	

DANE ADRESOWE UBEZPIECZONEGO - ADRES ZAMIESZKANIA	
01. Kod pocztowy <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>	02. Poczta <input style="width: 95%;" type="text"/>
03. Gmina / Dzielnica <input style="width: 95%;" type="text"/>	
04. Miejscowość <input style="width: 95%;" type="text"/>	
05. Ulica <input style="width: 95%;" type="text"/>	
06. Numer domu <input style="width: 20px;" type="text"/>	07. Numer lokalu <input style="width: 20px;" type="text"/>
08. Numer telefonu (1) <input style="width: 20px;" type="text"/>	09. Symbol państwa (2)(3) <input style="width: 20px;" type="text"/>
10. Zagraniczny kod pocztowy (2) <input style="width: 20px;" type="text"/>	11. Nazwa państwa (2) <input style="width: 20px;" type="text"/>
12. Adres poczty elektronicznej (1) <input style="width: 95%;" type="text"/>	
(1) Podanie numeru telefonu i adresu poczty elektronicznej nie jest obowiązkowe. (2) Wypełnić w przypadku, gdy adres jest inny niż polski. (3) Podanie symbolu państwa nie jest konieczne, jeżeli wniosek jest zgłaszany w formie papierowej.	

DANE PŁATNIKA SKŁADEK	
01. Numer NIP (wpisać bez kresek) (1) <input style="width: 95%;" type="text"/>	02. Numer REGON (1) <input style="width: 95%;" type="text"/>
03. Numer PESEL <input style="width: 95%;" type="text"/>	04. Rodzaj dokumentu tożsamości: jeśli dowód osobisty, wpisać 1, jeśli paszport - 2 <input style="width: 20px;" type="checkbox"/>
06. Nazwa skrócona <input style="width: 95%;" type="text"/>	05. Seria i numer dokumentu <input style="width: 95%;" type="text"/>
07. Nazwa pełna <input style="width: 95%;" type="text"/>	
08. Nazwisko (2) <input style="width: 95%;" type="text"/>	
09. Imię pierwsze (2) <input style="width: 95%;" type="text"/>	
(1) Należy wpisać numery NIP i REGON, a jeżeli nie nadano tych numerów albo jednego z nich, należy wpisać numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego lub paszportu albo innego dokumentu potwierdzającego tożsamość obywatela UE. (2) Należy wypełnić w przypadku płatnika składek będącego osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą.	

