

**WNIOSEK
O POKRYCIE KOSZTÓW WYROBÓW MEDYCZNYCH
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="text"/>
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="text"/>
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.

DANE ADRESOWE PŁATNIKA SKŁADEK - ADRES SIEDZIBY

01. Kod pocztowy

02. Poczta

03. Gmina / Dzielnica

04. Miejscowość

05. Ulica

06. Numer domu

07. Numer lokalu

08. Numer telefonu (1)

09. Symbol państwa (2)(3)

10. Zagraniczny kod pocztowy (2)

11. Nazwa państwa (2)

12. Adres poczty elektronicznej (1)

(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.

WNOSZĘ O POKRYCIE KOSZTU WYROBU MEDYCZNEGO

Nazwa wyrobu medycznego:

z tytułu: (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

Data (dd / mm / rrrr)

 1) wypadku przy pracy z dnia:

Data (dd / mm / rrrr)

 2) choroby zawodowej stwierdzonej decyzją państwowego inspektora sanitarnego z dnia: **WNOSZĘ O PRZEKAZANIE NALEŻNOŚCI:** (należy zaznaczyć właściwy kwadrat)

Numer rachunku bankowego:

 1) na rachunek bankowy:

Nazwa banku:

 2) pod wyżej podany adres zamieszkania wnioskodawcy (nie dotyczy osób zamieszkałych za granicą)**DO WNIOSKU DOŁĄCZAM:** (należy zaznaczyć właściwy kwadrat) 1) fakturę VAT rachunek 2) protokół ustalenia okoliczności i przyczyn wypadku przy pracy kartę wypadku 3) decyzję państwowego inspektora sanitarnego o stwierdzeniu choroby zawodowej

(Miejscowość)

(Data: dd / mm / rrrr)

(Podpis ubezpieczonego)