**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

*(prosimy o uważne przeczytanie i wypełnienie drukowanymi literami lub elektronicznie)*

## CZĘŚĆ I

**DANE OSOBOWE:**

Nazwisko I imiona:....................................................................................................................................

Nazwisko rodowe: ....................................................................................................................................

Data urodzenia .....................................................................

Imię ojca ............................................................................... Imię matki …………………………………...

Numer ewidencyjny PESEL :................................................. Numer NIP: ...............................................

Seria i numer dowodu osobistego:............................................................................................................

**Adres zameldowania:**

jest to adres, który zostanie ujęty na rocznej deklaracji podatkowej PIT

ulica ……………………………………………… nr domu ……………….. nr mieszkania ...................

kod pocztowy …………………… miejscowość …………………………………………………………..

gmina ………………………………………………….. powiat ……………………………………………

województwo …………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy (wraz z nr kierunkowym).....................................................................................

telefon komórkowy...............................................................................................................................

**Adres zamieszkania/do korespondencji:**

ulica ……………………………………………… nr domu ……………….. nr mieszkania ...................

kod pocztowy …………………… miejscowość …………………………………………………………..

gmina ………………………………………………….. powiat ……………………………………………

województwo …………………………………………………………………………………………………

**Dane właściwego Urzędu Skarbowego**

Nazwa ……………………………………………………………………………………………………….…….

ulica …………………………………………………… nr ………………………..

kod pocztowy …………………… miejscowość …………………………………………………………….....

Należę do Narodowego Funduszu Zdrowia:

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

(wpisać nazwę Oddziału Funduszu)

 Czytelny podpis: