Załącznik nr 3

**WNIOSEK O OBJĘCIE WOLONTARIUSZA DOBROWOLNYM UBEZPIECZENIEM ZDROWOTNYM**

**W NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA**

**UWAGA: WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, RĘCZNIE LUB ELEKTRONICZNIE**

# Dane Korzystającego

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………… **nazwa 1**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**NIP**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**siedziba 2**

# Dane zgłaszanego do ubezpieczenia Wolontariusza

....................................................................... ……………………………………………………

*PESEL NIP*

*....................................................................................................................................................*

*seria i numer dowodu osobistego lub paszportu 3*

*....................................................................................................................................................*

*wydany przez*

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

*imię i nazwisko, obywatelstwo*

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

## data urodzenia

.................................................................................................................................................... *ulica, nr domu, nr mieszkania*

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

## kod pocztowy, miejscowość

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

*telefon kontaktowy, adres poczty elektronicznej*

**Narodowy Fundusz Zdrowia**

**…………………………………..**

*(adres)*

Zwracam się z prośbą o objęcie Wolontariusza dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w Narodowym Funduszu Zdrowia od dnia ............................................................................... (dzień) (miesiąc) (rok)

…………………………………………… ……………………………………………………

*miejscowość, data podpis Korzystającego*

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Narodowy Fundusz Zdrowia reprezentowany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w imieniu którego działa Dyrektor……………….Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w............................................. przy ul. ................................................................... , są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.), a także o obowiązku ich podania, prawie wglądu do tych danych i wnoszenia poprawek oraz o tym, że dane te będą udostępniane podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na mocy przepisów prawa.

……………………………………………. ………………………………………………………

*miejscowość, data podpis Wolontariusza*

**Objaśnienia:**

1

wpisać Korzystającego, tj. organizację, podmiot, organ organizacji publicznej, jednostkę organizacyjną, o której mowa w art. 42 ust. 1 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i wolontariacie (Dz. U. z 2020 r. poz. 1057) 2

wpisać dokładny adres siedziby Korzystającego: ulica, nr domu, nr lokalu, kod pocztowy,

miejscowość 3

w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL należy wpisać serię i numer

dowodu osobistego lub paszportu