

## WNIOSEK PŁATNIKA SKŁADEK O USTALENIE OKRESU ZASIŁKOWEGO

### Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeśli chcesz, abyśmy ustalili okres zasiłkowy osobie ubezpieczonej, której wypłacasz zasiłek chorobowy.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Pola wyboru zaznacz znakiem **X**
3. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)

### Dane płatnika składek

NIP	<input type="text"/>		
REGON	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP		
PESEL	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON		
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>		
	Podaj, jeśli nie masz nadanego NIP, REGON, numeru PESEL		
Nazwa albo imię i nazwisko	<input type="text"/>		
Ulica	<input type="text"/>		
Numer domu	<input type="text"/>	Numer lokalu	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/>	Miejscowość	<input type="text"/>
Numer telefonu	<input type="text"/>		
	Jeśli podasz nam tę informację, ułatwi nam to kontakt w Twojej sprawie. To pole jest dobrowolne		

### Dane osoby ubezpieczonej

PESEL	<input type="text"/>
Data urodzenia	<input type="text"/>
	dd / mm / rrrr
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL
Rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość	<input type="text"/>
	Podaj, jeśli nie ma nadanego numeru PESEL
Imię	<input type="text"/>
Nazwisko	<input type="text"/>

