



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

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis korzystającego

### **OŚWIADCZENIE WOLONTARIUSZA:**

Oświadczam, że nie podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

Oświadczam, że wszystkie dane osobowe podane przeze mnie we wniosku są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Funduszu o zmianach jakie nastąpią w trakcie trwania ubezpieczenia. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o tym, iż moje dane osobowe zbierane przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w..... przy ul. .... są przetwarzane w celach wynikających z art. 188 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, 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.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis wolontariusza