

## ZAŁĄCZNIK

NR

do ZGŁOSZENIA do ubezpieczenia wypadkowego, chorobowego i macierzyńskiego oraz do ubezpieczenia zdrowotnego pomocnika/pomocników w okresie świadczenia pomocy w gospodarstwie na podstawie umowy o pomocy przy zbiorach

DANE POMOCCNIKA - pozycja .....											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	PESEL										
7	Paszport: seria i numer										
8	Dokument podróży: seria i numer										
9	Data zawarcia umowy										
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
11		Data do									
12	Liczba dni pomocy u innych rolników										
DANE POMOCCNIKA - pozycja .....											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	PESEL										
7	Paszport: seria i numer										
8	Dokument podróży: seria i numer										
9	Data zawarcia umowy										
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
11		Data do									
12	Liczba dni pomocy u innych rolników										
DANE POMOCCNIKA - pozycja .....											
1	Imię										
2	Nazwisko										
3	Obywatelstwo										
4	UNO										
5	data urodzenia										
6	PESEL										
7	Paszport: seria i numer										
8	Dokument podróży: seria i numer										
9	Data zawarcia umowy										
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od									
11		Data do									
12	Liczba dni pomocy u innych rolników										

DANE POMOCNIKA - pozycja .....		
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Obywatelstwo	
4	UNO	
5	data urodzenia	
6	PESEL	
7	Paszport: seria i numer	
8	Dokument podróży: seria i numer	
9	Data zawarcia umowy	
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od
11		Data do
12	Liczba dni pomocy u innych rolników	
DANE POMOCNIKA - pozycja .....		
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Obywatelstwo	
4	UNO	
5	data urodzenia	
6	PESEL	
7	Paszport: seria i numer	
8	Dokument podróży: seria i numer	
9	Data zawarcia umowy	
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od
11		Data do
12	Liczba dni pomocy u innych rolników	
DANE POMOCNIKA - pozycja .....		
1	Imię	
2	Nazwisko	
3	Obywatelstwo	
4	UNO	
5	data urodzenia	
6	PESEL	
7	Paszport: seria i numer	
8	Dokument podróży: seria i numer	
9	Data zawarcia umowy	
10	Okres świadczenia pomocy - okres ubezpieczenia	Data od
11		Data do
12	Liczba dni pomocy u innych rolników	

Oświadczam, że powyższe dane zostały podane zgodnie z prawdą i świadomy jestem odpowiedzialności z art. 233 § 1 Kodeksu karnego.

.....  
(miejscowość, dd-mm-rrrr)

.....  
(czytelny podpis)