

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY dla PRACOWNIKA

1. IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO

2. DATA URODZENIA

3. STAN RODZINNY (imiona i nazwiska oraz daty urodzenia, PESEL dzieci zgłaszanych do ubezpieczenia zdrowotnego):

6. PESEL	7. NIP.....
----------------	-------------

8. URZĄD SKARBOWY (nazwa i adres)

9. MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA: KOD MIEJSCOWOŚĆ ulica nr domu nr mieszkania telefon kontaktowy (.....)
--

10. ADRES DO KORESPONDENCJI (JEŚLI JEST INNY NIŻ ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA): KOD MIEJSCOWOŚĆ ulica nr domu nr mieszkania telefon kontaktowy (.....)

11. POWSZECHNY OBOWIĄZEK OBRONY: a) stosunek do powszechnego obowiązku obrony b) stopień wojskowy d) nr specjalności wojskowej e) przynależność ewidencyjna do WKU f) nr książeczki wojskowej f) przydział mobilizacyjny do sił zbrojnych RP.....

12. OSOBA, KTÓRĄ NALEŻY ZAWIADOMIĆ W RAZIE WYPADKU: <i>(imię, nazwisko, adres i telefon)</i>

13. Oświadczam, że dane zawarte w pkt. 1,2, 3, 4, 6 są zgodne z dowodem osobistym wydanym przez w dniu albo innym dowodem tożsamości
--

Ja,, wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie danych osobowych.

W przypadku zmiany danych, zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania pracodawcy o zaistniałych zmianach.

Prawdziwość danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejsowość i data

.....
podpis pracownika